

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Trabalho de Conclusão de Curso

Loucas por direito

A saúde mental das mulheres

Um estudo de caso no Hospital São Vicente de Paulo: limites e possibilidades

Autora: Paloma Morato de Oliveira – 05/90126

Orientadora: Professora Doutora Ângela Vieira Neves

Brasília

2013

Paloma Morato de Oliveira

Loucas por direito

A saúde mental das mulheres

Um estudo de caso no Hospital São Vicente de Paulo: limites e possibilidades

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora
Ângela Vieira Neves

Brasília

2013

Monografia de autoria de Paloma Morato de Oliveira, intitulada *Loucas por direito – A saúde mental das mulheres – Um estudo de caso no Hospital São Vicente de Paulo: limites e possibilidades*, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social da Universidade de Brasília, em 11 de Março de 2013, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada.

Professora Doutora Ângela Vieira Neves

Orientadora

Professora Mestre Patrícia Cristina de Almeida

Membro interno

Assistente Social Clisciene Dutra do Prado

Membro externo

Brasília

2013

Às loucas de toda sorte.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço às escolhas que fiz. Certas ou erradas, elas fizeram de mim o que sou hoje e me trouxeram até aqui.

Ao meu filho Miguel, por existir, por ser a cada dia a força que me faz ser uma pessoa melhor e por me preencher com o ânimo necessário para não desistir nunca.

Aos meus pais, Vânia e Cezar, pelo amor e apoio incondicionais.

À minha irmã, Kamila, por fazer parte da minha vida, me dignificando com suas palavras, sua amizade, sua inocência, sua chatice, seus recalques e descobertas.

Ao meu companheiro, Vinícius, que ao por em prova minha sanidade mental, no descompasso do dia a dia, me fortaleceu e guiou por caminhos mais amenos e mais meus enquanto mãe e esposa.

Às amigas de uma, de muitas e de todas as minhas vidas, Carina e Daiane, pelo amor, pelo companheirismo, pelos embates, pelas lutas travadas e vencidas por se ser mulher no dia a dia da pequena burguesia brasileira.

Aos amigos conquistados na Universidade, Bárbara, Lucas, Luana, Raquel, Davi e Ana Luísa, e aquele que a Universidade me trouxe de volta, Luciano, pelos cafés, pela companhia sempre agradável, pelos ouvidos, pelas correções gramaticais e de estilo, por tornarem a UnB um lugar pleno de aprendizado, de experiências, de conflitos, de crescimento e, claro, de risadas, muitas risadas.

À minha orientadora, professora doutora Ângela, pela paciência, por acreditar e confiar em mim e por tanto ter me ensinado em tão curto tempo. Você sem dúvida é uma grande inspiração.

À professora mestre Patrícia, por me mostrar o lado humano e permeável da academia, pelo acréscimo durante o estágio supervisionado e o PTCC.

Às supervisoras de estágio e assistentes sociais do Hospital São Vicente de Paulo, Clisciene e Afrânia, por tornarem a experiência de estágio tão enriquecedora, produtiva e prazerosa, despertando em mim a paixão pela saúde mental.

A vida tem duas faces: positiva e negativa.
O passado foi duro, mas deixou o seu legado.
Saber viver é a grande sabedoria.
Que eu possa dignificar minha condição de mulher
E me fazer pedra de segurança dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes.
Aceitei contradições, lutas e pedras
Como lição de vida e delas me sirvo.

Cora Coralina (adaptado)

Lista de siglas

ATHUA: Ambulatório de Transtornos do Humor e Afetivo

ATP: Área de Tratamento Psiquiátrico

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CIPLAN: Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CNSM: Campanha Nacional de Saúde Mental

COMPP: Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica

CONASP: Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

COSAM: Coordenação de Saúde Mental

DRS: Diretoria Regional de Saúde

DST / AIDS (SIDA): Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ESCS: Escola Superior de Ciências e Saúde

FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FHDF: Fundação Hospitalar do Distrito Federal

GAPI: Grupo de Acompanhamento Pós- Internação

GDF: Governo do Distrito Federal

HBDF: Hospital de Base de Brasília

HRAN: Hospital Regional da Asa Norte

HRAS: Hospital Regional da Asa Sul

HRT: Hospital Regional de Taguatinga

HSVP: Hospital São Vicente de Paulo

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

ISM: Instituto de Saúde Mental

MNLA: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MS: Ministério da Saúde

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAP: Neuroléptico de Ação Prolongada

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PVC: Programa Vida em Casa

REMA: Reformulação do Modelo de atenção a saúde mental no distrito federal

RPB: Reforma Psiquiátrica Brasileira

SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS: Sistema Único de Saúde

UPHG: Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

WHO: World Health Organization

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1 – A Reforma Psiquiátrica no Brasil: limites e possibilidades	15
1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um breve histórico	15
1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: a tendência de ruptura com a lógica hospitalocêntrica e o compromisso com a desinstitucionalização	22
1.3 A política de saúde mental no Distrito Federal: uma análise no contexto da reforma	28
Capítulo 2 – A política de desinstitucionalização: o paradigma da mulher	34
2.1 Saúde mental e mulher: a (des)construção do estigma da loucura sob a égide da sociedade patriarcal	34
2.2 As políticas públicas de saúde da mulher: seu foco e a negligência da saúde mental	38
2.3 A importância da família: a estranha relação de causa e feito	41
Capítulo 3 – A saúde mental das mulheres – Um estudo de caso no Hospital São Vicente: limites e possibilidades	48
3.1 Caracterização da instituição	48
3.2 Organograma	51
3.3 A questão da saúde mental no DF: limites e possibilidades	52
3.4 O papel da família: desresponsabilização do Estado ou proteção integral	60
3.5 A saúde da mulher e a questão da saúde mental: desafios	63

Considerações finais.....	67
Referências.....	71

Introdução

O presente estudo intitulado *Loucas por direito: A saúde mental das mulheres – Um estudo de caso no Hospital São Vicente de Paulo: limites e possibilidades*, parte do pressuposto de que a saúde mental da mulher tem sido negligenciada pelo estado, pela não existência de políticas específicas que contemplem suas particularidades. Assim a pesquisa busca desenvolver as seguintes questões: Como se dá a implementação da saúde mental no DF, em particular aquelas voltadas para mulheres? Quais são suas principais características e tendências? Qual o papel do Estado na implantação da política de saúde mental direcionada especialmente ao público feminino?

Pretende-se com este estudo identificar: se as políticas de saúde mental no marco da Reforma Psiquiátrica possuem um recorte de gênero feminino no DF e se o Estado tem se posicionado quanto a superação dos preconceitos de gênero por meio de uma política que contemple as especificidades da mulher.

A escolha do tema está ligada a minha experiência no campo de estágio supervisionado na saúde mental, durante o ano de 2011, durante o qual tive a oportunidade de acessar a rede de saúde mental do DF em praticamente todo seu alcance a partir do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP. A escolha do tema também está intimamente ligada à inteligibilidade desta enquanto mulher, oprimida por circunstâncias historicamente construídas e reproduzidas no meu cotidiano de mulher, mãe, esposa, estudante, trabalhadora e amiga.

Os procedimentos metodológicos privilegiados pelo estudo, com vistas à obtenção dos dados analisados para demonstrar a negligência com a saúde mental da mulher, seguem a linha de pesquisa qualitativa.

O modelo qualitativo permitiu apontar particularidades nas falas das entrevistadas e nos artigos selecionados, identificando análises comuns e divergentes que geram conflitos ou consensos na tomada de decisão no dia a dia da prática profissional enquanto prestadoras de serviços da saúde mental.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos

valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (Minayo, 2010, p. 20)

O recorte analisado foi feito a partir da implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em particular no DF, dentro do contexto do Hospital São Vicente de Paulo a partir de experiências diversas de prestadores de serviços na saúde mental.

As informações para a elaboração deste estudo foram pesquisadas em fontes diversas convergindo para cinco artigos em especial: *Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados* e *Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural* da Professora Doutora Valeska Zanello; *Psychiatric Services for Women*; *Specialised In-Patient Psychiatric Service for Women* e *Gender and Mental Health: Recognition of Unresolved Issues* da médica psiquiatra inglesa Dora Khoen¹. Além dos dados colhidos pelo Ministério da Saúde e disponibilizados por meio do Saúde Mental em Dados – Volume 10 e da legislação existente a partir da Reforma Psiquiátrica formalizada pela Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, baseada na conhecida “Lei Paulo Delgado”, sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória; e a Lei Federal nº 10.708, de julho de 2003, que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos manicômios para a família ou comunidade.

Foram também realizadas três entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas para fins de análise, com uma médica psiquiatra, uma enfermeira e uma assistente social. As perguntas abertas possibilitaram às entrevistadas “discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (Minayo, 2010, p. 64).

¹ Ressalto que foi feito o levantamento dos artigos acadêmicos produzidos e publicados nos 6 últimos encontros de maior relevância do Serviço Social – CBASS, Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, ocorridos nos anos de 2004 em Fortaleza; 2007 em Foz do Iguaçu; 2010 em Brasília. E ENPESS, Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, ocorridos nos anos de 2008 em São Luís; 2010 no Rio de Janeiro; 2012 em Juiz de Fora – e não encontrada publicação alguma sobre o tema do presente estudo.

As perguntas abertas tiveram como objetivo apreender as opiniões das entrevistadas acerca da saúde mental da mulher e as políticas envolvidas, assim como levantar dados sobre as características da reforma que vem sendo implementada no DF na atenção à saúde mental.

Para a seleção das entrevistadas foram considerados os seguintes critérios qualitativos: serem mulheres, trabalhadoras da saúde mental e que trabalhassem ou tivessem tido a experiência de trabalhar no Hospital São Vicente de Paulo no marco da Reforma Psiquiátrica. Ao serem convidadas a contribuir, foi-lhes esclarecido o objetivo principal do estudo: discorrer sobre as políticas públicas de saúde mental específicas para mulheres no marco da Reforma Psiquiátrica. Também lhes foram esclarecidos os cuidados éticos da pesquisa quanto ao sigilo, à garantia do anonimato das entrevistadas e ao compromisso em apagar as gravações das entrevistas após o término da pesquisa.

De forma a traduzir os resultados das entrevistas, estas foram divididas em três eixos norteadores que contemplassem os quesitos acerca da Reforma no Distrito Federal, da família e sua responsabilização e dos desafios da saúde mental da mulher. Foram analisadas as convergências e conflitos nas falas que resultaram nos três tópicos do terceiro capítulo: *A questão da saúde mental no DF: limites e possibilidades*; *O papel da família: desresponsabilização do Estado ou proteção integral*; e *A saúde da mulher e a questão da saúde mental: desafios*.

Durante o processo de coleta de dados foram encontradas barreiras burocráticas para o acesso às informações documentais do hospital. Não foi possível, portanto, acessar os prontuários das pacientes hospitalizadas na instituição no período do meu estágio (2011) como pretendido no início da pesquisa.

Assim o estudo está dividido em três capítulos. O primeiro, *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: limites e possibilidades*, traça a trajetória da medicina psiquiátrica no Brasil a fim de desenhar o contexto histórico que desencadeou o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, culminado na análise de suas inflexões no DF. O segundo, *A política de desinstitucionalização: o paradigma da mulher*, desvenda de forma sucinta a estigmatização da loucura feminina, seu papel social historicamente construído e as incidências deste no adoecimento e tratamento da mulher, seguido da

negligência que sua saúde mental tem sofrido pelo descuido com as especificidades femininas dentro de um contexto sócio-histórico. O terceiro e último, *A saúde mental das mulheres – um estudo de caso no Hospital São Vicente: limites e possibilidades*, estabelece a relação entre família, cuidado, cuidadora, adoecimento e responsabilidade estatal e familiar.

Os apontamentos teóricos utilizados nos dois capítulos iniciais servem de embasamento para o terceiro capítulo. Neste, apresento tanto os resultados da pesquisa propriamente dita quanto uma avaliação da rede de saúde mental do Distrito Federal na atualidade para demonstrar o desmonte sofrido na saúde mental sob o signo da Reforma Psiquiátrica.

Ratifico como a Reforma foi de extrema importância para a humanização e garantia de direitos no tratamento psiquiátrico como um todo, porém pondero que sua conformação está ligada às ações políticas e comunitárias em conjunto, o que não tem ocorrido no Distrito Federal. Em particular, demonstro como a saúde mental da mulher padece com tal desmonte – padecimento esse potencializado pela ausência de políticas específicas que contemplem especificidades inerentes às mulheres.

Evidencio ainda a supervalorização da família enquanto prestadora de cuidados como foco de adoecimento daquela a quem o cuidado é destinado socialmente, localizando a contraditória relação estabelecida entre essa e a mulher.

Capítulo 1 – A Reforma Psiquiátrica no Brasil: limites e possibilidades

Este capítulo tem por objeto analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil e em particular no Distrito Federal. Em um primeiro momento é feito um breve resgate histórico a fim de situarmos a evolução da psiquiatria até o advento da Reforma. Vale ressaltar que adotei a perspectiva que considera a forma de conceber, tratar, relacionar-se e enfrentar o transtorno mental como socialmente construída, pois aquilo que foge do padrão social e é consensualmente definido por comportamento, conduta ou maneira de ser constitui mecanismo próprio de controle, integração e segregação. Cada sociedade e época histórica criam processos específicos de abordar o fenômeno da loucura.

A seguir, um levantamento acerca dos limites, possibilidades e tendências da implementação da Reforma, culminando na análise das suas inflexões no Distrito Federal, uma vez que na sociedade moderna – com um ordenamento social, econômico, político e de sensibilização próprios – o louco torna-se objeto de intervenção médica e estatal.

1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um breve histórico

Trazer o debate da Reforma Psiquiátrica no Brasil é resgatar como a assistência psiquiátrica se desenvolveu ao longo dos tempos. Durante os períodos colonial e imperial, os chamados *loucos* ou *alienados*² vagavam pelas ruas, eram abandonados em prisões, hospitais gerais – as Santas Casas de Misericórdia – ou ficavam aos cuidados das congregações religiosas. Os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram com o objeto quase que exclusivo de deslocar essas pessoas para um estabelecimento de recolhimento mais adequado, já fazendo parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se iniciou com a necessidade de retirar essas pessoas do espaço urbano. Assim foi

² Não constitui objetivo deste trabalho a discussão de terminologias para fazer referência às pessoas acometidas por sofrimento mental. Assim, *pessoas em sofrimento psíquico*, *louco*, *alienado*, *pessoa em sofrimento*, *portador de transtorno mental* ou quaisquer outros que porventura vierem a aparecer ao longo do texto são sinônimos, ainda que seja compreendido o fato de que as palavras que denominam essas pessoas vêm mudando e se adaptando a aspectos humanizantes e antidiscriminatórios.

pensada a construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício de D. Pedro II, ainda vinculado à Santa Casa de Misericórdia.

Regulamentado pelo decreto nº 82 em 18 de julho de 1841, foi inaugurado em 5 de dezembro de 1852 na Praia Vermelha no Rio de Janeiro, em uma chácara afastada do centro da cidade. O Hospício de D. Pedro II, com edifício construído com o dinheiro de subscrições públicas, planejado aos moldes de hospitais franceses, ou seja, em estilo neoclássico, provido de espaços suntuosos e decoração de luxo, ficou popularmente conhecido como o *Palácio dos Loucos*. A amplidão dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classe social e diagnóstico, e a constante vigilância do alienado, materializada arquitetonicamente como um panóptico, representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil. Enquanto os pacientes de primeira e segunda classes – brancos, membros da corte, fazendeiros, funcionários públicos, serviçais domésticos e lavradores – viviam em quartos individuais ou duplos e se entretinham com pequenos trabalhos manuais, jogos e leituras, os da terceira classe – escravos de pessoas importantes, pobres e indigentes – trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza.

Em 1890, por meio do Decreto nº 142-A, o Hospício de D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados, recebendo cada vez mais pacientes oriundos de todo território nacional: loucos alguns, excluídos todos. A superlotação se intensificou e, nesse período, uma diversidade de críticas questionavam o cotidiano e o modelo assistencial do hospício, o que originou uma série de publicações em revistas médicas por meio de crônicas, caricaturas, histórias em quadrinhos, sonetos e poesias satíricas. A superlotação fez com que o atendimento se degradasse e as imponentes instalações ficassem descuidadas e precárias, iniciando uma história de decadência. Os cinco anos que antecedem a passagem para o século XX são marcados pelo caos administrativo, o que resultou em grandes críticas de intelectuais da época.

Passamos assim para um segundo momento da história psiquiátrica do Brasil, com a inauguração, em 1890, das Colônias de Alienados instaladas em São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, exclusivamente para homens. Tais instalações materializam o Decreto nº 206 de 15 de fevereiro, que criou a Assistência

Médica e Legal aos Alienados, representando uma tentativa de resolver os problemas da superlotação e da mistura de pacientes curáveis e incuráveis em um mesmo estabelecimento. Os *incuráveis tranquilos*, removidos para muito além do centro urbano, eram encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais que compensavam a incapacidade das famílias de custear o tratamento. O alienista Juliano Moreira³, em 1905, afirmava a importância do aumento de investimentos na assistência a alienados, e concordava que as colônias agrícolas representavam um excelente meio de recuperação. A reforma que propôs trazia vantagens para os doentes e possibilitava economia para o Estado.

A partir dessa lei vários hospitais psiquiátricos foram criados no Brasil, com ambas as perspectivas de colônia de tratamento e de simples reclusão. Em 1911, um ano antes da psiquiatria tornar-se uma especialidade autônoma, a Colônia de Alienados do Engenho Dentro foi criada. Primeiro hospital destinado exclusivamente a mulheres e o primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina (Sampaio, 1988). Obviamente, o objetivo principal que se perpetuava era de isolar os loucos do convívio social, cada vez mais afastados do centro urbano. Por mais que as justificativas pudessem ser de criar melhores condições de alojamentos, esses lugares rapidamente superlotavam e se deterioravam. A perspectiva de alguns alienistas começava a mudar nessa época, a exemplo do trabalho realizado na Colônia do Engenho Dentro:

Conhecedor perfeito de serviços dessa natureza, como psiquiatra notável que é, desejoso de colaborar como poderes públicos no desenvolvimento da assistência aos insanos em nosso país, de logo começou o Dr. Riedel a traçar o seu programma de transformação e ampliação de todos os serviços, sob sua directa e immediata orientação scientifica, tendo sempre por lemma: 'que o momento não permite que um serviço de alienados permaneça com seu objectivo limitado a deposito de doentes chronicos. (Cardoso, 1929, p. 49)

A atenção aos doentes mentais da época ficava restrita ao interior dos asilos. O ambulatório do Engenho de Dentro, visto como uma exceção à regra, tinha como

³ Médico baiano nascido em 1873, defendeu a reformulação da assistência psiquiátrica pública, tanto no âmbito legislativo quanto assistencial. Incentivou a promulgação da primeira lei federal de assistência aos alienados (1903), ao mesmo tempo em que sugeriu novos formatos institucionais e de tratamento para a doença mental, a exemplo do que conhecera na Europa, como os hospitais-colônias e a assistência heterofamiliar.

proposta não só acompanhar o doente mas também promover o *aconselhamento genético* como prevenção dos distúrbios mentais. Chama a atenção os chamados *serviços abertos*. Nos relatos da época, procurava-se demonstrar sua importância pelo fato de serem inovadores, e por sua criação ter sido anterior a alguns outros serviços semelhantes na Europa. Com isso podemos afirmar que foi o primeiro serviço aberto criado no Brasil:

Vendo seus esforços coroados do mais completo exito, continuou a administração na execução do seu programma, creando os serviços abertos, em que são tratados os psychopaths que não necessitam de internamento ou que são acomethidos de uma doença aguda possivel de cura.

Esses serviços se encontram perfeitamente installados em pavilhão proprio - Pavilhão Presidente Epitacio - com duas amplas enfermarias contando cada uma oito leitos, além de quatro quartos isolados, com dois leitos cada um, destinados à internação e tratamento de toxicomanas. Possui ainda esse pavilhão refeitório proprio e um bello jardim interno para recreio e descanso das doentes. (Cardoso, 1929, p. 50-51)

Outro trabalho que foi desenvolvido na época foi a Assistência Hetero-Familiar, preconizado pelo Dr. Juliano Moreira e implantada na Colônia de Alienadas.

Convindo pensar no futuro quando o augmento de doentes fôr tal que comece a ser por demais oneroso ao Estado, terão os poderes publicos de recorrer á assistencia familiar dos insanos susceptiveis della. E então, dadas as nossas condições sociaes, sómente nas proximidades de uma colonia agricola, já a esse tempo muito bem organizada, será possivel effectuar aquelle progresso. (Moreira, 1906, p. 25)

Ficava claro que um dos seus objetivos era a diminuição ou contenção dos gastos públicos com os doentes mentais, visto que a população dos estabelecimentos psiquiátricos crescia vertiginosamente. Mais adiante o mesmo autor afirma:

Para uma porção bastante consideravel de alienados carecendo de assistencia e que podem ser submettidos a esse tratamento, a assistencia familiar representa a fôrma mais natural, mais livre, a melhor e a menos despendiosa de cuidar taes enfermos e constitue, além disso, para um grande numero delles um factor therapeutico importante (...).

(...) As colonias familiares não anniquillam de nenhum modo os estabelecimentos existentes, não constituem a estada conveniente

para todas as especies de alienados, porém podem parar de modo pratico, activo e pouco dispendioso o crescimento incessante desses estabelecimentos. (Moreira, 1906, p. 28-29)

Obviamente, o programa de assistência familiar não tinha como objetivo o desmonte do aparato manicomial, mas, como mostram os textos acima, falava-se de contenção dos gastos e controle da população de internos. Assim como as colônias criavam uma falsa liberdade, na assistência hetero-familiar criava-se uma *família de técnicos* em substituição a sua família original, uma comunidade assistida e acompanhada pela Psiquiatria. O serviço de assistência familiar foi implantado na Colônia de Alienadas em 1921 com a construção de onze pequenas casas, no modelo de *bungalows*, que eram arrendadas às famílias das enfermeiras com a condição de tomarem conta de duas ou mais pacientes como pensionistas que passariam a conviver com os familiares das enfermeiras fazendo serviços domésticos. Tal programa foi concebido como “estado intermediário entre a internação e a sociedade” (Cardoso, 1929). O serviço não teve grande desenvolvimento e não se sabe precisar em que período tal ideia foi abandonada e quando a Colônia transformou-se em um macro-hospital psiquiátrico como qualquer outro no país.

Em 1937, o serviço de assistência aos doentes mentais foi ampliado e transformado em Divisão de Assistência aos Doentes Mentais, estendendo sua ação para os vários estados da Federação. Em 1941, com o Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril, foi criado o Serviço Nacional das Doenças Mentais tendo como seus órgãos centrais o Centro Psiquiátrico Nacional, a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário. Em 21 de fevereiro de 1967, através de Decreto-lei nº 60.252, foi criada a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM)⁴, instrumento que propiciou maior obtenção de recursos extra-orçamentários e maior maleabilidade na administração pública. A CNSM possibilitou convênios, acordos de cooperação, contratação de pessoal e aquisição de materiais, equipamentos e autorizações a execuções de serviços e obras.

⁴ A CNSM teve um papel importante nos períodos das mudanças a partir da década de 1980 na cogestão com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1974 foi implantado o Plano de Pronto Ação pelo recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social. A partir dessa época, a dominância da *assistência médica* sobre a *saúde pública* é acentuada por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Luz, 1979). As pessoas que tinham direito à assistência médica do INPS eram, em geral, trabalhadores cujo uma parcela do salário era descontada para financiar tal plano. A assistência dessa população era feita em hospitais próprios ou conveniados, quando encaminhados.

Com a divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde, incumbido da *medicina preventiva*, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela *medicina curativa* por meio do INAMPS, ocorreu uma dicotomia nos procedimentos de saúde. Assim como dois pratos de uma mesma balança, acabava pesando onde havia mais recursos financeiros, ou seja, na prática institucional da medicina curativa, privilegiando a indústria de equipamentos, medicamentos ou serviços hospitalares privados.

Do final da década de 1970 ao início da década de 1980, o país apontava os primeiros sinais de abertura política e redemocratização. Em sentido oposto, porém, ocorria uma política econômica recessiva. Nessa conjuntura começou a surgir uma crise no modelo previdenciário atribuída a aspectos estruturais: esquema de custeio e padrão de exploração capitalista dos serviços médicos – evasão de receitas em momento recessivo (Amarante, 1992).

Diante da continuidade da crise econômica, da obrigação de uma maior contenção de recursos, pressões para a melhoria da qualidade da assistência à população deram início a tentativas conjuntas de reformulação da política de saúde entre o MS e MPAS. Em março de 1980 foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), coordenada pelos secretários gerais de ambos os ministérios e integrada por representantes dos órgãos.

Assim surgiu uma proposta de cogestão como forma de integração dos Ministérios. Foi composto um grupo de trabalho com integrantes do MS e MPAS por meio da Resolução CIPLAN nº 9 de 1980. Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo

de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), vinculado ao MPAS e com participação do MS, representantes de diversos órgãos públicos e de associações de trabalhadores. Um dos instrumentos de importância nas mudanças políticas de assistência à saúde foi o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, proposto pelo CONASP em 23 de agosto de 1982 – Portaria MPAS nº 3.062 – que tinha como princípios básicos: integração interministerial, descentralização da gerência, regionalização e hierarquização dos serviços, prioridade para as ações básicas de saúde, planejamento da cobertura assistencial e previsibilidade orçamentária.

Como desdobramento do Plano de Reorientação do CONASP, surgiu o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, elaborada em dezembro de 1982 (MPAS/MS, 1982). Em sua introdução, já se podia perceber a predominância do discurso crítico ao modelo manicomial. Obviamente não representava o consenso da psiquiatria no Brasil, mas já apontava o poder participativo de setores da psiquiatria com essa linha de pensamento e militância. Apesar de toda a crítica ao modelo custodial e a percepção dos determinantes sociais das patologias mentais, as proposições eram de diminuição da hegemonia médica no tratamento e dos procedimentos hospitalares, e aumento dos chamados *métodos extra-hospitalares*. Não havia propostas para o desmonte do aparato manicomial ou criação de modelos substitutivos, apenas falava-se nos chamados *serviços intermediários* como, por exemplo, o hospital-dia para alguns casos.

O berço da psiquiatria brasileira deixou clara a tendência pela qual ela estaria inclinada a seguir: o duplo afastamento do louco do meio urbano e social seja pelo distanciamento ou reclusão.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores. (Resende, 1987, p. 36)

Essa foi uma tendência mundial no que concerne a origem da Psiquiatria, nascimento esse que revela uma combinação de diferentes interesses que se interpenetravam. Por um lado, havia uma preocupação legítima com a construção dos

saberes sobre a loucura, em especial a descoberta de sua cura. Os hospitais psiquiátricos se constituíram, originalmente, como campos de pesquisa e experimentação de novas práticas terapêuticas. Por outro lado, juntamente com essa função terapêutica, a psiquiatria também nasceu com outra finalidade: a de controle social. Essa dualidade de funções também ocorreu no Brasil e partindo da crítica e tentativa de superação da segunda é que se instaurou a Reforma Psiquiátrica.

A partir desse resgate histórico conseguimos situar o debate da saúde mental brasileira e consequentemente o da reforma psiquiátrica, tornando possível entender os limites e os desafios que são enfrentados cotidianamente pelos militantes do movimento em favor da saúde mental – usuários, familiares, amigos, legisladores, juristas, profissionais da saúde – na atualidade. Os resquícios culturais da psiquiatria utilizada como controladora da coesão social, que preconizava a periculosidade do sujeito acometido por sofrimento mental e tinha como medidas de tratamento a reclusão e exclusão, ainda permeiam o universo da saúde mental brasileira no que concerne a execução da política na prática e muitas vezes nos discursos da maioria da população. Esse distanciamento do louco, construindo historicamente, representa um entrave para a plena conformação da reforma em nosso país e reforça os estigmas das identidades deterioradas que privam várias pessoas de ter acesso aos seus direitos enquanto cidadãos.

1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: a tendência de ruptura com a lógica hospitalocêntrica e o compromisso com a desinstitucionalização

Na vasta literatura sobre Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (Amarante, 1995; Yasui, 2010; Resende, 1987; Luz, 1988) constam inúmeras definições do que é esse movimento, das quais destaco a de Izabel Passos⁵ por esta ser uma definição que evidencia os diversos níveis de abrangência do movimento. Para essa autora, por Reforma Psiquiátrica entende-se:

⁵ Professora de Psicologia Social da Universidade de Minas Gerais (UFMG), doutora em psicologia clínica pela PUC/SP.

(...) desde um conjunto de medidas (políticas, plano e alterações na lei visando à desospitalização e à reforma da assistência psiquiátrica) até o movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, numa luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Este movimento pode ser compreendido enquanto revisão crítica (teórica, ética, política e jurídica) das práticas e discursos sobre a doença mental e os chamados doentes mentais. Implica em tentativas mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidados, mas igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental. (Passos, 2003, p. 231)

Por essa definição percebe-se a complexidade do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica onde quer que ela tenha ocorrido, haja vista conciliar em um mesmo movimento diversas esferas sociais, com implicações que vão desde níveis macro políticos até transformações nas relações interpessoais, incentivadas pelas propostas de transformação na maneira de conceber a loucura e seu lugar social.

Hoje vivemos um momento de transição de modelos de atenção à saúde mental (Passos, 2003) no qual se busca a superação do modelo *hospitalocêntrico asilar* – centrado na internação dos doentes em hospitais psiquiátricos – e sua substituição por um modelo de reabilitação psicossocial, baseada na desinstitucionalização – “pretendia-se a criação de um hospital psiquiátrico totalmente aberto, onde as pessoas fossem livres e adquirissem seus direitos civis” (Rotelli, 1987) – e inserção social dos doentes mentais, “o modelo adotado é o da comunidade terapêutica, na qual todas as formas de pesquisa em comunidade centram-se em evidências das necessidades das pessoas, e na discussão coletiva” (Idem). Apesar dos esforços dos *reformistas* e da consolidação de uma política de saúde mental voltada para a desinstitucionalização – que conta com um vasto conjunto de Leis e Portarias que a regulamentam – ainda não superamos por completo o modelo anterior.

A RPB não é um processo homogêneo, pois assume diferentes ritmos e feições nas diferentes localidades brasileiras, além de ser marcado por inúmeros conflitos e desafios. Além dos problemas da pobreza estrutural e dos grandes desafios da saúde pública no Brasil, pode-se dizer que a RPB coloca em confronto diversas concepções de loucura, de homem e de sociedade, bem como revela um campo de tensões entre interesses políticos, econômicos e ideológicos divergentes (Pacheco, 2011).

Silvio Yasui⁶, ao descrever as diferenças entre os modelos hospitalocêntrico e o de reabilitação psicossocial, e as diferentes relações que estes modelos travam com a loucura, afirma tratar-se de:

Diferentes formas de olhar e de ouvir que implicam diferentes formas de atuar e de intervir. Modelos de discursos, de produções de saber e práticas sobre a realidade: um, que representa um modelo hegemônico de pensar e nos fala de uma racionalidade científica médica com suas características (isolar, observar, classificar, determinar); outro, que se espanta com o acaso e incorpora, buscando compreender esse complexo mosaico do viver e do sofrer. (Yasui, 2010, p. 76)

Ao apresentar os dois modelos coexistentes, Yasui demonstra que eles estão claramente filiados a diferentes paradigmas, ou seja, diferentes formas de enxergar o mundo; a existência, a conjuntos diferentes de suposições, a métodos e a problemas típicos que determinam em um dado momento histórico quais são as questões importantes e quais as melhores maneiras de respondê-las (Yasui, 2010). Segundo ele, a Reforma Psiquiátrica revela “uma importante ruptura com o modo psiquiátrico de olhar e compreender essa estranha e complexa experiência humana que podemos genericamente nomear loucura” (Idem, p. 77). Por pretender ser uma ruptura, a RPB impõe a necessidade de buscar novos operadores conceituais e de construir, portanto, um novo marco teórico para o campo da saúde mental. Ou, nas palavras do autor, a “produção de novos conceitos para novos problemas e objetos” (Ibidem).

Se no modelo manicomial o objeto é a doença, no modelo proposto pela Reforma, o de reabilitação psicossocial, o objeto passa a ser o sujeito em sua *existência-sofrimento*, um objeto consolidado na experiência de Reforma italiana e definido por Franco Rotelli no texto *Desinstitucionalização: uma outra via*. Esse *objeto-sujeito* em sua *existência-sofrimento* amplia o campo de intervenção em saúde mental para além do sujeito em sua dimensão meramente orgânica. Trata-se de pensar a loucura como fenômeno não exclusivamente individual e/ou biológico, mas um fenômeno social e cultural que também é subjetivo.

⁶ Dr. Silvio Yasui possui longa trajetória de trabalho em saúde mental, tendo participado da equipe do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, experiência pioneira que se tornou uma das referências para o processo de transformação do modelo assistencial em saúde mental.

Das várias correntes de pensamento que imprimiram críticas severas ao *status quo* do qual a psiquiatria estava a serviço, denunciando a “natureza e função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (Amarante, 1995, p. 90) vale ressaltar a Antipsiquiatria⁷ e a Psiquiatria Democrática Italiana⁸. Essas duas correntes tiveram grande influência no início da RPB e adquiriram visibilidade com a criação, em 1975, da Rede de Alternativas à Psiquiatria em Bruxelas. Trata-se de um movimento internacional de grande importância para a História da Reforma Psiquiátrica por fomentar inúmeras reflexões e críticas acerca da Psiquiatria em diversos níveis, que vão do nível mais técnico-científico ao político-ideológico.

A RPB tem seu início formal na segunda metade da década de 1970, sendo contemporânea ao *movimento sanitário*, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Além de coincidir com o fim do *milagre econômico* e da ditadura militar no país, momento este em que a sociedade civil começa a se organizar em movimentos sociais para reivindicar, de forma geral, melhores condições de cidadania. Em consonância com o momento de reconstrução da democracia e de início da construção do sistema público de saúde no país – o Sistema Único de Saúde (SUS) – as reflexões críticas relacionadas ao modelo manicomial se aprofundaram e começaram a configurar o modelo de Reabilitação Psicossocial de atenção à saúde mental hoje em processo de desenvolvimento.

Em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, considerado o marco fundador da RPB por instaurar um espaço de reflexões e intervenções sobre o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Nesse mesmo ano foi realizado o I Congresso Brasileiro de

⁷ A Antipsiquiatria tinha como um de seus principais pressupostos a afirmação de que a loucura é um fenômeno que ocorre *entre* os homens e não *dentro* deles. De uma forma bem sintética, a Antipsiquiatria se propõe a pensar a loucura enquanto fruto do fato social, para além de sua dimensão meramente individual, biológica (Fábregas & Calafat, 1978).

⁸ A psiquiatria Democrática Italiana (conhecida também como tradição Basagliana) é considerada como marco para a Reforma Psiquiátrica mundial por colocar em xeque, pela primeira vez na história, a instituição e, principalmente, o saber psiquiátrico. Este movimento articula a transformação do hospital e da psiquiatria e sua função social (Basaglia, 1985).

Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, que contou com a presença de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman – teóricos considerados importantes no cenário da saúde mental internacional. Nesse congresso foi possível conhecer as experiências vivenciadas em outros países e dar início à formatação política e ideológica para o nascente movimento da RPB (Amarante, 1995).

Esse momento de construção dos alicerces teóricos, éticos e ideológicos da RPB foi fundamental para o fortalecimento do MTSM, que cresceu após alguns anos e assumiu proporções de um movimento social com a entrada de novos grupos sociais (familiares, usuários, políticos, artistas) aliados na luta pela Reforma. Com essa ampliação, o MTSM passou a ser conhecido como Movimento Nacional da luta Antimanicomial (MNLA) a partir de 1987.

O fortalecimento desse movimento inscreveu definitivamente o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro em uma história própria, ainda que incluída num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Para além da querela da humanização do tratamento psiquiátrico, o movimento também colocou em debate a função social exercida pela psiquiatria até então, que era a de atender as exigências de controle da ordem pública e de gerenciar suas contradições socioeconômicas. Deste modo a Reforma inicia um processo prático de transformações nos hospitais psiquiátricos, fundado sobre a vontade de romper esta ligação com a ordem pública. Pretendeu-se a criação de um hospital psiquiátrico totalmente aberto, no qual as pessoas fossem livres e adquirissem seus direitos civis, enquanto que a classe de origem das pessoas ali internadas seria colocada em discussão através de uma tomada de consciência coletiva (Rotelli, 1987).

Este processo da Reforma no Brasil é maior do que a aprovação de novas Leis e normas; maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Ele é um processo político e social complexo composto por personalidades, instituições e forças de diferentes origens, que incidem em territórios diversos no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de

transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avançou, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Esse conjunto de transformações implica em uma mudança também na *divisão do trabalho interprofissional*, agora com ênfase no trabalho em equipe interdisciplinar. Propõe-se uma horizontalização de poderes no que diz respeito aos saberes. Como a dimensão biológica não é mais a única determinante do processo de sofrimento, abriu-se espaço para que outros olhares venham a contribuir com seus saberes para o tratamento do sujeito em sofrimento. Busca-se a construção de campos comuns de atuação entre diversos profissionais, que não se restringem mais a área médica, em detrimento dos *especialismos*. Essa cooperação de áreas propõe uma postura que não enxerga somente a determinação orgânica, mas que busca possíveis determinações para o problema em questão (Costa-Rosa, 2000).

Essa nova divisão do trabalho interprofissional, caracterizada pelo trabalho em equipe multidisciplinar, acontece sob uma nova *organização dos dispositivos institucionais*. Se no manicômio as *relações de poder e saber* são absolutas e definitivamente hierarquizadas, dentro dessa nova organização dos dispositivos institucionais propõe-se uma subversão dessas relações, descentralizando e horizontalizando-as tanto no que se refere aos macropoderes – municipalização, criação de conselhos fiscalização, cogestão no âmbito dos sistemas de saúde e propostas de participação popular – quanto aos micropoderes – relações entre profissionais, usuários, familiares e sociedade civil. Propõem-se também serviços cuja dinâmica de funcionamento deve ser pautada na autogestão e participação popular, tendo como meta a “destituição do imaginário institucional autoritário e repressor de que a instituição é necessariamente tributária do modo asilar” (Costa-Rosa, 2000, p. 160).

As diretrizes propostas pela política de saúde mental ainda relevam novas concepções no que diz respeito às modalidades de relacionamento com usuários e população. Estas são: 1) redução de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos; 2) criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; 3) incorporação da saúde mental na atenção básica à saúde; 4) incorporação de políticas públicas para tratamento de álcool e outras drogas no âmbito da saúde mental; 5) programas assistenciais e indenizatórios,

como o Programa de Volta para Casa; 6) expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 7) expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 8) programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica. Essas diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a superação do modelo manicomial e implementação efetiva de um modelo de reabilitação psicossocial.

Destarte a RPB representa um novo posicionamento ético diante da loucura e da sociedade. Abílio Costa-Rosa (2006) afirma que, dentre as implicações éticas desse modelo estão: a promoção da implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos considerados loucos, fundamentada em uma inclusão social que respeite a singularidade. Em termos mais amplos, a implementação desse novo modelo implica na construção de um *projeto de humanidade* em que o sofrimento, a diferença, a vulnerabilidade e a falta de razão voltem a ser consideradas inerentes à condição humana, ou seja, a condição de todos. E que, por isso, sejam acolhidas, respeitadas e cuidadas, garantindo a construção de um novo estatuto social para o dito louco, que lhe garanta cidadania e respeito a seus direitos e individualidade, e promovendo sua contratualidade⁹ – o resgate da capacidade do sujeito de participar do universo das trocas sociais, de bens, palavras e afetos. Em suma, não só seus direitos, mas também seus deveres como cidadão.

1.3 A política de saúde mental no Distrito Federal: uma análise no contexto da reforma

A transição paradigmática vivenciada no campo da saúde mental no Brasil permite construir para a Reforma Psiquiátrica Brasileira a imagem de um verdadeiro campo de batalhas. Um campo tenso, onde o novo e o antigo se chocam na (re)construção das representações sociais da loucura e das práticas dirigidas aos sujeitos

⁹ Kinoshita discute esse conceito de contratualidade partindo do pressuposto de que, no universo social, “as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer intercâmbio. Este valor pressuposto é o que dar-lhe-ia o seu poder contratual” (2001, p. 55) ou contratualidade.

em processo de desinstitucionalização ou aos ainda institucionalizados. Trata-se de um campo marcado por ambivalências e contradições (Pacheco, 2010).

Essa coexistência de concepções e posturas e a insistência de sobrevivência do tradicional são compreensíveis se considerarmos a distância existente entre o que é prescrito e o que é vivido. No caso da RPB não se trata apenas de uma mudança no sistema de tratamento, uma mudança nas práticas, mas trata-se, sobretudo, da construção de uma nova visão, um novo posicionamento, ou seja, da construção de novas representações sociais da loucura. Essa construção não pode ser imediata visto como requer mudanças mais amplas relacionadas à cultura, ao funcionamento social, às formas de sociabilidade, à formação de novas identidades, dentre outros requerimentos; mudanças que precisam de tempo para ser consolidadas e que estão para além da existência de normatizações, na forma de Leis, Portarias ou regulamentações. São mudanças que se revelam nas relações interpessoais e intergrupais, que também são frutos de construções culturais, históricas e sociais.

Logo não é espantoso dizer que a implementação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal é um processo descontínuo, tenso e que se verifica aqui um enorme descompasso no que tange à implementação da Política Nacional de Saúde Mental, sendo o DF uma das últimas unidades da Federação Brasileira no que diz respeito à cobertura assistencial por serviços substitutivos (Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados, 2011, Volume 10, p. 7).

O fato de a Política Nacional de Saúde Mental ter sido implementada há pouco tempo no Distrito Federal reflete a pouca produção bibliográfica sobre o tema. Esse item, todavia, se baseará nas teses de Lima (2002) e Zgiet (2010) que sistematizaram informações sobre o assunto.

Somente em 1979 foi criada a Comissão Assessora de Saúde Mental, que, composta por médicos psiquiatras, teve a missão de elaborar o projeto de reorganização da assistência psiquiátrica no DF. Contemplavam-se, aí, os princípios de descentralização e hierarquização, já constantes nas diretrizes políticas de saúde.

Segundo Lima (2002), a implantação e a manutenção do SUS só começaram de fato no DF com um projeto que durou de 1995 a 1998, período em que as ações locais

buscaram se pautar nas resoluções da III Conferência de Saúde do Distrito Federal. Assegurou-se, nesse projeto, a criação dos Conselhos de Saúde e a construção de uma nova estrutura administrativa para implementação da Reforma Sanitária e para que a Secretaria de Estado de Saúde (SES) cumprisse seu papel de gestora. O documento *Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal* (REMA) apresentou as diretrizes de tal projeto, acompanhado por ações estratégicas destinadas à implementação do SUS e à Reforma Psiquiátrica.

Na verdade, as discussões que culminaram nas tentativas de implementação da reforma psiquiátrica no DF vieram de conferências, fóruns e documentos surgidos a partir de 1990. Lima (2002) cita: 1) a Lei Orgânica do Distrito Federal, que já prevê assistência integral à saúde mental; 2) o Plano Diretor de Saúde Mental da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), que foi um modelo de atenção em saúde mental elaborado em 1994 pela então Coordenação de Psiquiatria e Saúde Mental da FHDF; 3) o I Fórum de Saúde Mental, realizado em 1995, quando foi eleito o primeiro coordenador de saúde mental do DF; 4) a aprovação do Plano Diretor na III Conferência de Saúde do DF, no mesmo ano; 5) o Projeto de Planejamento e Implementação da Reforma Psiquiátrica, também de 1995; 6) o REMA, já citado anteriormente; 7) a Portaria nº 15, de 7 de julho de 1995, que cria e constitui a Coordenação de Saúde Mental (COSAM) no âmbito da SES, com o objetivo de implementar as diretrizes políticas e operacionais para a Reforma Psiquiátrica; 8) a Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que trata da substituição da internação contínua por serviços alternativos de saúde mental; 9) o II Fórum de Saúde Mental do DF, realizado em 1997, que teve o objetivo de avaliar as estratégias da implantação da Reforma Psiquiátrica e corrigir possíveis equívocos na implementação do Plano Diretor, definindo ações para os dois anos seguintes; 10) o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, organizado pela COSAM em parceria com o Movimento Pró-Saúde Mental do DF, em 1998; 11) a reforma administrativa da SES, que extinguiu a FHDF em 2000, voltando o coordenador de saúde mental a ser indicado pela SES, e não mais eleito no Fórum de Saúde Mental do DF; 12) a convocação da I Conferência de Saúde Mental do DF, em 2001, que contou com forte participação do Movimento Pró-Saúde Mental do DF.

Chamo atenção para dezembro de 1995 quando foi promulgada a Lei Distrital nº 975 que apresenta diretrizes para a atenção à saúde mental. O projeto de lei havia sido apoiado em moção no I Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal. O plano diretor previa a implantação da Reforma Psiquiátrica segundo alguns eixos: a) prevenção e promoção; b) reabilitação e integração social; c) rede diversificada e regionalizada de serviços; d) capacitação e ensino; e) supervisão, monitoramento, avaliação e pesquisa nas áreas de serviços e recursos humanos; f) comunidade e saúde mental; g) políticas sociais e interfaces de saúde mental.

Pretendia-se a criação de 19 CAPS, 2 hospitais-dia, 5 centros de convivência e 5 lares abrigados (ou pensões protegidas) divididos entre as regiões administrativas. Ambulatórios de saúde mental em hospitais gerais também eram previstos, assim como o suporte dos centros de saúde. O relatório da COSAM de 1998 apresenta as mudanças no sistema de atendimento no quadriênio em questão, destacando: 1) a criação de equipes multiprofissionais de saúde mental em hospitais gerais; 2) a implantação de um CAPS no Instituto de Saúde Mental (ISM); 3) a transformação do ambulatório do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) em CAPS; 4) a implantação, no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP), de dois CAPS, sendo um infantil e outro para adolescentes, do Núcleo de Atenção à Droga-Dependência e do Serviço de Neurofisiologia Clínica; 5) a criação do Serviço de Saúde Mental Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília; 6) a criação de um centro de convivência no Guará II; 7) a construção, na área do Instituto de Saúde Mental, de uma pensão protegida e de instalações para abrigar o Núcleo de Desinstitucionalização; e 8) a elaboração de um projeto para a criação do Lar Abrigado Fênix, destinado a receber egressos da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Complexo Penitenciário da Papuda, que tiveram suas medidas de segurança de internação convertidas em de tratamento ambulatorial, mas que não têm vínculos sócio-familiares.

O que vem sendo chamado de “pensão protegida”, instalada no ISM, não constitui serviço substitutivo, mas um formato de internação em que residem atualmente – e há mais de oito anos – cerca de 15 pessoas com transtorno mental sem vínculo familiar, egressas da Clínica do Planalto – desativada em 2002. O Lar Abrigado e o Núcleo de Desinstitucionalização não saíram do papel. Além disso, o ISM não

apresenta estrutura compatível com a de um CAPS, pois funciona em local distante da comunidade, de difícil acesso, com instalações que em nada se assemelham a um ambiente doméstico, fatores esses que contribuem para a impossibilidade da implementação de serviços terapêuticos em formato de CAPS.

Segundo Zgiet (2010) o que dificulta a implementação da política de saúde mental no DF é que, ao contrário do que se observa na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em que há certa estabilidade do gestor em seu cargo, nota-se alguma rotatividade entre representantes da saúde mental, o que dificulta a continuidade de ações, sendo este um ponto negativo da indicação de coordenadores ou gerentes, que refletem muitas vezes o perfil do partido governista ou a linha de ação do Secretário de Saúde daquele momento político.

Como já citado anteriormente, a atual rede de saúde mental do Distrito Federal não é suficientemente capacitada para atender às demandas dos usuários dos serviços existentes. A ineficiência da articulação entre os serviços que compõe a rede e a falta de verba/recursos impossibilita o acesso e a garantia da assistência prestada com qualidade.

A atual rede de saúde mental do DF conta com as seguintes estruturas:

- 01 CAPS I no Instituto de Saúde Mental, onde ambos oferecem atendimento diurno para adultos;
- 02 CAPS II, um no Paranoá e outro em Taguatinga;
- 04 CAPSad no Guará, Sobradinho e Santa Maria, voltados para o atendimento da população com transtorno decorrente do uso ou dependência de álcool e outras drogas;
- 01 CAPSi infanto-juvenil no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico;
- 01 Adolescentro para atendimento à dependência química infanto-juvenil.
- 24 leitos de psiquiatria no Hospital de Base do Distrito Federal;

- 128 leitos no Hospital São Vicente de Paulo, sendo 71 para internação e 57 para emergência;
- ambulatoriais em hospitais gerais (HBDF, HRAS, HRAN, Hospital do Paranoá e outros) e no HSVP.

A SES/DF também dispõe do Programa Vida em Casa, o qual consiste no atendimento domiciliar e interdisciplinar aos indivíduos em situações específicas de tratamento. Após cadastramento, o Programa de Volta para Casa (PVC) disponibiliza o pagamento de um auxílio-reabilitação e promove ações de saúde mental com base no *matriciamento*¹⁰. São participantes: o HSPV e as Diretorias Regionais de Saúde de São Sebastião, Brazlândia, Paranoá, Recanto das Emas, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Taguatinga, Samambaia e Ceilândia.

Há também ambulatoriais especializados de nível terciários sobre patologias e a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Presídio Feminino do Distrito Federal, popularmente conhecido como *Colmeia*, que acolhe indivíduos de Taguatinga, Samambaia e Ceilândia.

A má gestão pública e a influência político-partidária em detrimento da atenção a políticas públicas causaram a precarização da saúde mental no DF. Como consequência disso, ainda que caminhe em processo lento e difícil rumo à revalorização, a rede de assistência à saúde mental encontra-se fragilizada.

¹⁰ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Ele visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, tornando seus efeitos menos burocráticos e dinâmicos por meio de ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, 2011).

Capítulo 2 – A política de desinstitucionalização: o paradigma da mulher

Este capítulo tem por objetivo analisar a construção da loucura feminina a partir do estigma a que esta foi atrelada ao longo do tempo, e o foco das políticas de saúde da mulher, culminando nas incidências estabelecidas entre família e saúde mental feminina. Em um primeiro momento foi feito um breve levantamento de como a loucura da mulher foi apropriada e reproduzida no seio da sociedade patriarcal. Em um segundo momento lança-se um olhar sobre a assistência da saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) e a ausência de estratégias específicas para sua saúde mental. Por fim, é estabelecida a estranha relação que se institui no âmbito familiar no que concerne à prestação de cuidados e adoecimento da mulher.

2.1 Saúde mental e mulher: a (des)construção do estigma da loucura sob a égide da sociedade patriarcal

Toda mulher é feita para sentir, e sentir é quase histeria.

Ulysse Trélat (psiquiatra francês)

Uma das imagens mais fortemente apropriadas, redefinidas e disseminadas pelo século XIX ocidental é aquela que estabelece uma associação profundamente íntima entre a mulher e a natureza, opondo-a ao homem identificado à cultura. Retomada por um velho discurso que tentava justificar as teorias e práticas liberais – que embora comprometidas com o princípio da igualdade, negavam às mulheres o acesso à cidadania, por meio da ênfase na diferença entre os sexos e seus papéis estabelecidos socialmente –, tal imagem seria revigorada a partir das “descobertas da medicina e da biologia que ratificavam cientificamente a dicotomia: homens, cérebro, inteligência, razão lúcida, capacidade de decisão versus mulheres, coração, sensibilidade, sentimentos” (Samara, 1983, p. 42).

A construção da imagem feminina a partir da natureza e das suas leis implicaria em qualificar a mulher como naturalmente frágil, bonita, doce, sedutora, submissa. Aquelas que revelassem atributos opostos eram consideradas antinaturais (Garcia, 1995). Entretanto, muitas qualidades negativas – como a perfídia e a amoralidade –

eram também entendidas como atributos naturais da mulher, o que conduzia a uma visão extremamente ambígua do ser feminino.

No século XIX ocidental, a velha crença de que a mulher era um ser ambíguo e contraditório, misterioso e imprevisível, sintetizado pela natureza do bem e do mal, a virtude e a degradação, o princípio e o fim, ganharia nova dimensão, um sentido específico. Vista como uma soma sem razão de atributos positivos e negativos, cujo resultado nem mesmo os recursos científicos cada vez mais sofisticados poderiam prever, a mulher se transformava num ser moral e socialmente perigoso, devendo ser submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas que garantissem o cumprimento do seu papel social de esposa e mãe¹¹. Se a mulher apresentasse incapacidade e/ou recusa em cumprir esses papéis, ela era vista como resultado da especificidade da sua própria natureza e rotulada de antinatural (Garcia, 1995). A partir desses comportamentos femininos considerados desviantes, ergue-se a base estigmatizada da loucura da mulher, associada à sexualidade e à afetividade. Portanto, ao ser considerado um lugar de ambiguidades e espaço por excelência da loucura, o corpo, a sexualidade e a mente femininas inspiraram grande temor aos médicos e psiquiatras, constituindo-se em alvo preferencial das intervenções normatizadoras da medicina psiquiátrica.

A construção estigmatizada da loucura feminina associada à sua construção social como ser ambíguo e contraditório no seio de uma sociedade patriarcal¹² vem justificando e acentuando o estigma que persegue a figura da mulher secularmente. Estigma este que, por definição, entendo como sendo:

¹¹ Na sociedade capitalista o direito de propriedade passou a ser o ponto central, assim, a origem da prole passou a ser controlada de forma mais rigorosa, levando a desenvolver uma série de restrições à sexualidade da mulher e a definir sua função de cuidadora na sociedade e mantenedora da coesão familiar no âmbito privado (Engels, F., 1892). Cada vez mais o corpo da mulher pertencia ao homem, seu marido e senhor. O adultério era crime gravíssimo, pois colocava em perigo a legitimidade da prole como herdeira da propriedade do homem.

¹² A sociedade patriarcal, juntamente com os dogmas estabelecidos pela Igreja, atribuiu um papel subalterno às mulheres, ratificando uma diferenciação e estabelecendo padrões de conduta social, nos quais as pessoas se alicerçam. No que diz respeito à sexualidade, por exemplo, há um padrão duplo de moralidade no qual os homens têm absoluta liberdade e às mulheres cabe o papel de organização da casa e a responsabilidade de cuidar dos filhos. Assim, não podemos desvincular a mulher do aspecto familiar e doméstico. A vida feminina estava restrita “ao bom desempenho do governo doméstico e à assistência moral à família, fortalecendo seus laços” (Samara, 1983, p. 59).

Um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso. (...) um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. (Goffman, 1963, p. 13. Tradução minha)

Corroborando com os ideais construídos em torno da imagem feminina, os estigmas a ela vinculados impõem à mulher:

Os padrões que ela incorporou da sociedade maior tornando-a intimamente suscetível ao que os outros veem como seu defeito, levando-a inevitavelmente, mesmo em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ela ficou abaixo do que realmente deveria ser. A vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando ela percebe que um dos seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como uma não-portadora dele. (Goffman, 1963, p. 17. Tradução minha)

Apesar dos avanços, ainda se estigmatiza a mulher por suas características biológicas e pelas construções sociais calcadas na moral e nos costumes em detrimento de uma visão que contemple suas especificidades.

Longe da academia e dentro do campo assistencial, Cunha (1998) realizou a leitura de “milhares de prontuários psiquiátricos do hospício do Juquery entre 1895 e 1930” (p. 14) em busca de registros de médicos e pacientes ali internadas. Os registros médicos nos prontuários de internas em pavilhões de indigentes caracterizavam-nas como “mulheres pobres de imigrantes que mal conseguiam ainda falar a língua do país e de negras recém-egressas da escravidão e geralmente classificadas nas rubricas mais fortes da nosografia¹³: idiotas, imbecis, degeneradas, inferiores” (p. 16). Ressalta-se o “aparente paradoxo de que o hospício tivesse em proporção poucas negras, embora estas fossem consideradas, pelos pilares da psiquiatria da época, a escala mais profunda da degeneração, agregando os preconceitos de gênero, raça e classe” (idem) e, desta forma, poucas palavras eram tidas como necessárias para que ocorresse a internação. Como ressalta Cunha (1998) a respeito de um artigo de Franco da Rocha (1911), as mulheres com pele negra e/ou origem pobre enlouqueciam e se faziam presentes em maior proporção no manicômio, se comparadas a indivíduos do sexo masculino com as

¹³ Descrição sistemática das doenças.

mesmas características. Franco da Rocha justificava essa predominância assinalando que “submetidas às condições de luta pela vida (ao contrário daquelas ‘protegidas’ pela vida doméstica) as negras e pobres sucumbiriam mais facilmente à loucura, ao alcoolismo e ao vício” (Franco da Rocha, 1911 *apud* Cunha, 1998, p. 15).

Como dito anteriormente, “uma mulher que não esteja disposta a isso ultrapassa a imagem ideal e não consegue encontrar nenhum modo de se exprimir que não seja visto pela sociedade como antinatural” (Garcia, 1995, p. 120). Desta forma, quase um século após a efetuação dos registros em prontuários analisados por Cunha (1998), mais uma vez as mulheres em situação de sofrimento mental apresentariam características contrárias àquelas socialmente esperadas, atreladas ao cumprimento do ciclo de vida tido como natural, ao exercício do papel de esposa e mãe. “Muitas dessas mulheres sentem-se culpadas por não serem capazes de suportar a miséria, a criação dos filhos e o marido que chega em casa para comer e dormir, muitas vezes bêbado e violento” (Garcia, 1995, p. 125) e uma das consequências de não seguir ou sentir-se satisfeita ao padrão ideal seria sentir depressão, tentativas de suicídio, culpa, inatividade e falta de esperança para uma mudança. “Essas mulheres, tornadas passivas pelo papel que lhes foi imposto, vivem a culpa de sentir desejos, de querer existir além dos serviços que prestam” (Idem).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) em 2000, a saúde mental feminina é afetada por seu contexto de vida ou por fatores externos, como aspectos socioculturais, legais, econômicos, de infraestrutura ou ambientais, e a identificação e a modificação desses fatores tornaria possível a prevenção primária de algumas desordens. A descrição de situações de vida e de estudos de caso auxiliaria na compreensão do contexto onde se desenvolvem quadros como a depressão, o desgaste emocional, a ansiedade, dentre outras desordens, bem como na compreensão do sentido que a saúde mental assume para as mulheres.

Portanto, a figura feminina assim como a sua saúde mental tornam-se estigmatizadas pela razão do simples ser. O ser mulher já carrega em si a possibilidade do adoecimento mental pela sua fisiologia e pela forma como esta foi apropriada na sua construção social, ficando a margem de estudos aprofundados que considerem os

aspectos sócio-históricos da sua conformação, assim como os da sua própria natureza biológica inseridos nesse contexto.

2.2 As políticas públicas de saúde da mulher: seu foco e a negligência da saúde mental

A maior organização das mulheres e o advento do movimento feminista vinculado às organizações político-partidárias a partir dos anos 1960 (Fraser, 2005), culminaram, nos anos 1980, na participação direta das mulheres em suas reivindicações na elaboração de políticas e programas de saúde da mulher, tornando-os tema amplamente debatido e colocado em pauta nos diversos espaços da sociedade assim como nos espaços deliberativos. Conquistas foram feitas e o reconhecimento da especificidade de gênero em uma perspectiva sócio-histórica fica evidente na cartilha publicada pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da saúde na qual é colocado:

A discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, configuram as bases dessa desigualdade entre homens e mulheres, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde destas. Um grande desafio para o SUS é reconhecer e incorporar a concepção das relações de gênero, ou seja, as diferenças de poder e oportunidades para homens e mulheres em todas as práticas do SUS, tanto na gestão como na atenção e no cuidado à saúde. (Ministério da Saúde, 2010)

Em consonância com essa perspectiva, o relatório final da XVIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 e conformada mais tarde nas diretrizes para a saúde na Constituição Federal de 1988, mostra que esta teve como eixo norteador o conceito ampliado de saúde, que leva em consideração os aspectos socioeconômicos e culturais como determinantes no provimento da mesma. A criação do Sistema de Seguridade Social – que contém o SUS – dão consistência a esse foco direcionado à saúde integral da mulher. Ainda na década de 1980, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que reorientava toda a atenção na saúde destinada às mulheres, entretanto a saúde conquistada na Constituição de 1988 sofreu vários retrocessos na prática e a

implementação do PAISM ora foi fortemente impulsionada ora paralisada. Ao longo da década de 1990, o Ministério da Saúde infelizmente rompeu com a ideia de uma política única, um programa único para atender às complexas situações de saúde das mulheres e passou a fracionar a saúde das mulheres em programas distintos.

No século XXI, apesar dos avanços contabilizados, sobram muitos desafios. O relatório da XII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, mostra a recomendação pela oferta de atendimentos integrais à saúde da mulher que considerassem as necessidades específicas daquelas negras, lésbicas, do campo e da floresta, profissionais do sexo e indígenas. A XII CNS avançou, ainda, ao emitir recomendações para incentivar o parto vaginal (normal) com acesso a analgesia e para que o SUS garantisse condições de parto cirúrgico (cesariana) quando necessário, ou seja, a garantia dos direitos reprodutivos da mulher.

No entanto, a saúde mental da mulher nunca foi tema privilegiado em tais espaços. Isso resulta consequentemente na não elaboração de políticas públicas que contemplem suas especificidades. O conjunto de problemas de saúde da mulher que integram a agenda oficial de tais conferências e o plano de elaboração de campanhas e políticas públicas destinadas ao público feminino ainda tem como uma das pautas prioritárias a saúde reprodutiva, com ênfase na prevenção e tratamento do câncer de colo do útero e câncer de mama; pré-natal; parto humanizado; amamentação; planejamento familiar (métodos contraceptivos); DST / AIDS (Brasil, Ministério da Saúde, 2010), fato que corrobora com a lógica societária de reprodução do patriarcado.

A inexistência de investigações que estudem a compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental pode levar a uma política de saúde que não leve em conta prioridades fundamentais tais como aquelas vividas por mulheres com transtorno mental grave que tenham filhos ainda dependentes, aquelas que sofrem violência doméstica, aquelas que simplesmente não se adequam as normas sociais vigentes ou aquelas que apenas têm um transtorno mental (WHO, 2000).

Kohen (2001) argumenta que algumas necessidades da mulher têm sido negligenciadas na área de saúde mental, como a atenção à saúde mental na gravidez, o cuidado pré e pós-natal, comorbidades, cuidado e custódia dos filhos daquelas que têm

doença mental, violência doméstica, estigma e diferenças na evolução de alguns distúrbios mentais. Como ela destaca, “os estudos acerca das diferenças de gênero¹⁴ têm tido ampla aceitação no meio médico e em especial na saúde mental¹⁵, considerando essas diferenças dentro de um contexto social” (Ramsay *et al*, 2001 *apud* Kohen, 2001, p. 83. Tradução minha). Os avanços, porém, ainda não se realizam no âmbito das políticas públicas de saúde.

Do ponto de vista epidemiológico, as mulheres apresentam índices mais elevados de depressão, distímia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, além de ataques de pânico, fobias e desordens alimentares. Para a médica/autora, no caso de doenças mentais como esquizofrenia e distúrbio afetivo bipolar, as principais diferenças de incidência não se encontram na variável *sexo*, mas sim em características demográficas, clínicas e necessidade de atenção que o paciente requer. Mulheres com esquizofrenia apresentam mais competência social e sexual que homens e o curso da doença nestas tende a ser mais benigno, com ajustamento social mais favorável. O nível de reinternações de mulheres é inferior ao de homens e a permanência mais curta. O risco de suicídio, porém, é maior entre elas (Kohen, 2001).

Outra colocação da médica/autora diz respeito ao tratamento para pacientes em estado agudo. Para ela, é importante que os profissionais conheçam serviços comunitários que possam assistir a paciente que tenha filhos e estabeleçam a comunicação entre os diferentes serviços. Em caso de necessidade de internação hospitalar, a integração entre os serviços e seus profissionais possibilitaria que se oferecesse uma alternativa de assistência. Também é importante que se estabeleça uma filosofia de cuidado para a mulher com problemas de saúde mental para o século XXI.

¹⁴ É considerado no presente trabalho a diferenciação entre sexo e gênero, pois o segundo rompe com a lógica binária, biológica de homem e mulher, macho e fêmea e leva em consideração a construção histórica e social de papéis desempenhados na sociedade, para além da simples evocação de traços de caráter ou de traços sexuais. Portanto, o termo gênero é empregado por referir-se à organização social da relação entre os sexos (Scott, 1989) . Para consulta: Joan Scott (1993), Nancy Fraser (2001)

¹⁵ A psicologia, a psiquiatria e até mesmo a história têm apresentado grandes avanços acadêmicos nos estudos que associam gênero, saúde mental, resgate sócio-histórico. Para consulta Valeska Zanella (2012), Maria Clementina Cunha (1998); Carla Cristina Garcia (1995); Dora Kohen (2001).

Com isso verifica-se que apesar de todo o conceito ampliado de saúde preconizado pelo SUS no Brasil, ainda não alcançamos índices favoráveis no que concerne às políticas públicas específicas de saúde mental para a mulher. O processo de Reforma Psiquiátrica trouxe em seu bojo a possibilidade de uma nova sociabilidade para a pessoa acometida por sofrimento mental, no entanto ela deixa de lado as discussões de gênero, ignorando as especificidades sócio-históricas dos indivíduos, o que acaba por não contemplar as disparidades entre homens e mulheres.

2.3 A importância da família: a estranha relação de causa e efeito

Partindo da premissa do caráter institucional da família – definindo *instituição* como sendo um grupo particular que compartilha ações, historicidade e controle exercido sobre seus membros, existindo independentemente dos membros que a materializam em determinado momento e se perpetua, às novas gerações, como ordem interiorizada na consciência da realidade social, naturalizando-a –, situo a família como fruto da história humana, sujeita, portanto, às suas determinações (Silva, 1982). Corroborando isso, Mitchell afirma que “não há nada inevitável acerca da forma ou do papel da família. É função da ideologia apresentar certos tipos sociais dados como aspectos da própria natureza” (Mitchell, 1977 *apud* Silva, 1982), sendo a família uma unidade que resiste através do tempo e do espaço.

O estudo da história social da família mostra que esta instituição social se apresenta intimamente ligada ao contexto objetivo e real de uma época, assumindo características distintas nos diversos grupos sociais. No Brasil, a Constituição de 1988 introduz mudanças significativas ao reconhecer famílias distintas do desenho conjugal tradicional. No âmbito cultural, aparecem e ganham cada vez mais aceitação pública às famílias constituídas por pessoas do mesmo sexo. Em função do aumento do número de divórcios, aumenta o número de *recasamentos* e conseqüentemente o número de famílias recombinações, que agregam outros integrantes que não têm vínculos de consanguíneos.

Portanto, o presente trabalho assume o conceito de família social aquela que, para além dos laços consanguíneos, se caracteriza pelas relações estabelecidas entre

seus membros. “A qualidade e intensidade das relações afetivas ganham cada vez maior expressão como elo agregador e determinante na manutenção de laços pessoais” (Rosa, 2003, p. 184), valorizando as diversas formas familiares presentes na atualidade: monoparental, homoparental, heteroparental etc.

Sobrevivente dos sistemas feudal e monárquico, a instituição família chega ao capitalismo sofrendo as determinações da base econômica ao mesmo tempo em que a esta serve, portanto, com novos contornos e assume nova função no que concerne ao seu caráter econômico. Uma vez não tida mais como uma unidade de produção social, por não mais gerar valores em conjunto e/ou produzir em conjunto, ela desempenha o papel de reprodutora de capital humano sendo responsável por sua socialização e posterior inserção no mercado de trabalho como reposição de mão de obra. Ela também recria as condições da divisão social do trabalho ao separar as forças masculinas e femininas, dando-lhes como atribuições setores distintos de trabalho: ao homem a produção social e à mulher e às crianças, a produção privada (Silva, 1982).

Findado os anos 1990 no Brasil, estes novos contornos se apresentam de forma clara na relação entre família, cuidado, Estado e políticas públicas. “A década de [1990] foi a década dos direitos. Agora [2000] chegou a década da responsabilidade. A família tem responsabilidade de fazer força para sair da situação de indigência. Se a situação de penúria persistir após quatro anos, vamos analisar o caso” (Wanda Engel, 2000 *apud* Carvalho e Almeida¹⁶, 2003).

Com a reestruturação capitalista iniciada nos anos 1980, iniciou-se um processo de reorganização do capital a partir de alterações no processo produtivo (reestruturação produtiva), na sociabilidade e processo de trabalhos e nos mecanismos de controle e organização dos trabalhadores, além de instituir mudanças no campo da cultura e na forma de intervenção do Estado (Reforma Neoliberal ou Contrarreforma). A Reforma Neoliberal orienta-se pela crescente desresponsabilização do Estado frente às conquistas

¹⁶ Secretária de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil. Esta declaração foi publicada na *Folha de São Paulo* de 30/04/2000, como resposta às críticas sobre a redução para quatro anos do tempo máximo em que crianças e adolescentes pauperizados poderiam ser beneficiados pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – Peti, criado em 1997 para eliminar as chamadas “piores formas desse trabalho”.

sociais e a garantia de condições para a reprodução da força de trabalho. Há, dessa forma, uma crescente substituição dos serviços públicos, como educação e saúde por serviços privados ou prestados pelo terceiro setor via ONGs, e pelas políticas de transferência de renda com o intuito de enxugar os gastos estatais e sua presença na dinâmica social.

A tendência de redução de custos na área social em nome desse *enxugamento*, da Reforma do Estado, atinge diretamente as políticas sociais de caráter compensatório, retirando parte do suporte assistencial às famílias já duramente afetadas com as políticas econômicas e com a reestruturação produtiva que têm reduzido o número da oferta de empregos, eliminando postos de trabalho e produzindo o desemprego estrutural. No Brasil, como as políticas sociais se desenvolveram subordinadas às políticas econômicas (Fagnani, 2008), estas não consolidaram direitos universais, mas sim ações pontuais, emergenciais, seletivas e assistencialistas. Logo, ocorre um retorno de várias funções para o grupo familiar, antes assumidas pelo Estado, sobrecarregando e repercutindo a organização doméstica. A família então se torna a principal instituição garantidora da reprodução da força de trabalho, pela ausência ou precariedade da intervenção estatal e suas políticas públicas (Rosa, 2003).

Nesse contexto, o papel desempenhado pela família é reafirmado como sendo:

O espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais. (UNICEF, 2000)

Nesse sentido podemos salientar o caráter assistencial da família para consiga mesma, vista como campo privilegiado de reprodução social, cultural e ideológica com responsabilidade pela sua própria reprodução assim como pela de seus descendentes. E é neste espaço que se dão as construções de gênero responsáveis pela assimilação de papéis definidos para homens e mulheres. E mesmo tendo seu papel deslocado pela sua inserção no mercado de trabalho, ela ainda é a referência básica nas questões

concernentes à família, tendo em vista que é por meio da linha materna que essa família, de casais com relações simétricas, localiza sua referência social.

Nessa mesma direção, ainda que as relações de poder entre homens e mulheres tenham sofrido mudanças que possibilitaram dividir com os homens parte das tarefas domésticas, o cuidado com os filhos ou delegar a terceiros essa tarefa, a administração das atividades domésticas continua sendo um encargo que lhe é inerente (Massi, 1992 *apud* Rosa, 2003). Portanto, por mais que conquistem maior poder e reconhecimento na sociedade, as mulheres das diferentes classes sociais partilham da opressão comum decorrente da desigualdade de gênero e da sobrecarga em dois espaços, público e privado, fato que tem repercussões significativas na sua subjetividade.

Assim, a mulher e a família tornam-se temas convergentes, pois é no interior do grupo familiar que o papel feminino é internalizado e requisitado socialmente, e é neste espaço social onde o provimento de cuidado se desenvolve, na tensão entre afirmações e negações de individualidades e do cotidiano como espaço político de relações construídas e (re)construídas (Rosa, 2003).

Na insuficiência ou inexistência de políticas públicas, o provimento de cuidado recai sobre a família, incidência esta potencializada na figura da mulher como *cuidadora mister*.

Atualmente as políticas públicas brasileiras em saúde mental incentivam a criação de serviços substitutivos – fora do hospital – e, como resultado, o papel da família, especialmente o da mulher, no cuidado informal ao portador de sofrimento mental ganha maior relevância a cada dia. Embora considerada como fundamental na prestação de cuidados no meio familiar, a mulher também adoece, tornando-se, assim, alvo de cuidados das equipes de saúde mental.

Se, ao longo da história, a família foi afastada daquele considerado louco, como justificativa para permitir seu tratamento, de modo que sua presença não influenciasse o paciente, nem que fosse por este influenciada, o século XX trouxe a possibilidade de reaproximação do portador de sofrimento mental com sua família. A Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas estabelecidas, em particular a partir da década de 1990, permitiram que os profissionais de saúde aos poucos percebessem a importância

da relação paciente-família, tanto para a compreensão do quadro apresentado por aquele que recebe assistência, como para prestar cuidados à própria família (Pegoraro e Caldana, 2008).

O ato de cuidar, segundo Maranhão (2000), está vinculado à capacidade, daquele que cuida, de identificar as dificuldades do outro, tendo sempre como objetivo a promoção do crescimento de quem recebe este cuidado. Deste modo, o cuidado não é o mesmo independentemente de quem o exerça, pois pode ser dotado de muitos sentidos. A forma de identificar quais as necessidades de cuidado do outro pode ser compreendida como uma construção social, por ser efetivada no interior da cultura, podendo sofrer variações de um segmento social a outro. O cuidado para com a saúde pode ser uma ação priorizada e organizada a partir das concepções sobre o processo saúde e doença, o desenvolvimento humano e o contexto sócio-cultural dos indivíduos que se estuda. Isso ocorre porque a saúde é um fenômeno complexo, cuja construção ocorre no contexto cultural, ou seja, no modo de vida diário, na interação com o social e o meio físico. (Pegoraro e Caldana, 2008)

A partir da premissa que o cuidado não é o mesmo independente de quem o exerça e situando a mulher como principal figura cuidadora, geralmente sobrecarregada – filhos, trabalhos domésticos, despesas, violência doméstica –, o que ocorre quando a cuidadora precisa de cuidados?

No Brasil, o estudo de Garcia (1995), resultado de sua dissertação de mestrado, utiliza relatos de mulheres em situação de sofrimento mental internadas em duas instituições psiquiátricas paulistas: Clínica Maia, particular/conveniada ao SUS e Hospital Psiquiátrico Pinel, estadual. Nele, Garcia destaca que dados que apresentaram um mesmo índice de internações para homens e mulheres podem ser enganosos, tendo em vista que há uma maior tolerância com relação às mulheres no lar, já que a execução do trabalho doméstico à elas, comumente, é destinado. Dentre as 68 pacientes estudadas, houve predomínio de mulheres em faixa etária reprodutiva (até 45 anos), solteiras e sem filhos, com baixa escolaridade, e profissões ligadas ao lar (dona-de-casa ou empregada doméstica). As características relativas à idade e ao estado civil teriam em seu bojo o papel que a sociedade espera que seja cumprido pelas mulheres, ou seja, casar, ter filhos e ser dona-de-casa.

Dentre as causas apontadas para a internação das usuárias estudadas por Garcia estavam a depressão pós-parto, a agressividade, a tentativa de suicídio e homicídio,

fortes dores de cabeça desde a menarca, epilepsia, desmaios e insônia decorrentes do ciclo menstrual. Garcia, por meio de consulta aos prontuários e conversas com as internas, elaborou um pano de fundo das internações contextualizando suas ocorrências. Dentre as situações descritas como justificativas para a internação encontravam-se, com frequência, a violência sofrida (estupro ou espancamento) e crises depressivas relacionadas ao pós-parto.

Lúcia Rosa (2003), em sua pesquisa de doutorado, ressalta que quando é a mulher quem adoece, a família é muito mais afetada: a mulher seria o elo organizador das ações do grupo, principalmente entre as famílias de baixa renda. Os filhos “comumente tendem a ser os mais afetados, pois em geral deixam de ir à escola, ao médico e ficam sem uma assistência para suas necessidades básicas” (Rosa, 2003, p. 266). Tendo em vista a maior facilidade das mulheres em procurar serviços médicos para falarem sobre o que lhes aflige ou impõe sofrimento/dor, seja do ponto de vista emocional ou físico (Pegoraro e Caldana, 2008), elas arriscam-se a serem mais hospitalizadas logo aos primeiros sinais de sofrimento mental. Segundo Rosa (2003), são as mulheres as principais consumidoras dos serviços ambulatoriais, bem como dos diagnósticos mais leves. Mesmo tendo uma doença mental, a mulher, inserida no ambiente familiar, tende a manter o cumprimento de certas tarefas mesmo em crise, isto é, continua, de certo modo, *produzindo* para sua família. Com relação aos filhos, sua situação implicaria em receber mais atenção por parte deles.

Se as mulheres seriam beneficiadas por estas vantagens sociais, no caso da atenção dispensada pelos familiares, o mesmo não ocorreria do ponto de vista do campo moral, principalmente da sexualidade, já que condutas que explicitem uma sexualidade exacerbada provocam escândalo e repressão (Garcia, 1995). O abandono do marido, não raro no caso de doença mental, também é apontado como uma desvantagem. É mais comum que a mulher seja abandonada e, em casos onde o homem adoece psiquicamente, a esposa tende a continuar a seu lado (Pegoraro e Caldana, 2008). No caso do adoecimento feminino, o cuidado fica a cargo da família de origem/parental, partindo-se do suposto que “os filhos são permanentemente dependentes, independente da idade, e de que essa família é que tende a fazer o melhor por ele, pelos laços que os vinculam, considerados permanentes” (Rosa, 2003, p. 267). Alguns maridos, se não

abandonam as esposas no auge do sofrimento mental destas, assumem outra postura, reproduzindo o papel de pai da esposa. Pode acontecer, ainda, o marido que abandonou a esposa retornar para casa com o término da crise (Pegoraro e Caldana, 2008).

Reconhecer as especificidades do adoecimento da mulher, articulando-o à construção social do papel a ela imposto pela sociedade e as transformações pelas quais este papel tem passado, é de extrema importância para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental que contemplem essa especificidade. Segundo Carvalho e Dimenstein (2004), as mudanças em papéis assumidos pela mulher não têm sido consideradas pelos serviços de saúde, sendo que a alteração no estilo de vida altera também as necessidades de assistência à saúde. A subjetividade de cada mulher e o tipo de queixa relatada devem servir de base para uma compreensão que contemplem “as várias implicações que perpassam essa problemática (...) na maioria das vezes expressas por sintomas físicos ou psíquicos decorrentes de problemas econômicos e sociais, desajustes familiares, entre outros” (Carvalho e Dimenstein, p. 124).

O modelo biomédico de assistência à saúde, associado à desconsideração das alterações sofridas nos papéis sociais que as mulheres exercem, embasadas numa concepção internalizada do sexo feminino, cuja identidade é centrada no âmbito privado, não permite que o serviço seja qualificado como *locus* de acolhimento e transformação, por não propiciar que as mulheres sejam agentes de mudança de seus próprios processos, no desenvolvimento da capacidade auto-reflexiva sobre reações, sinais de seu corpo e sua sexualidade (Carvalho e Dimenstein, 2004).

Ou seja, o desafio que advém da relação estabelecida entre *família, cuidado e adoecimento* está intimamente ligado à falta de serviços prestados nos tratamentos destinados às mulheres usuárias da saúde mental. Negar essa relação, o papel desempenhado pela mulher enquanto cuidadora e, agora também, mantenedora do lar, sujeita às violências impostas cotidianamente, é negligenciar cuidados específicos que sua condição exige. Para além deste fator, a transposição da assistência para o núcleo familiar impede que as reflexões acerca dos papéis sejam aprofundadas, pois estas exigem uma naturalização daquilo que já está posto, ou seja, a mulher enquanto *cuidadora mister*, responsável pela unidade familiar que no fastígio do seu adoecimento tem suas subjetividades suprimidas.

Capítulo 3 – A saúde mental das mulheres – um estudo de caso no Hospital São Vicente de Paulo: limites e possibilidades

Este último capítulo tem como objetivo descrever a pesquisa realizada sobre o papel do Estado no trato da saúde mental da mulher em particular, através de um estudo no Distrito Federal por meio de um estudo de caso no hospital São Vicente de Paulo¹⁷, o qual foi espaço privilegiado de intervenção minha enquanto estagiária.

Em um primeiro momento são revelados, por meio de pesquisa de campo, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e observação em campo de estágio, a implementação da rede de saúde mental no Distrito Federal considerando as seguintes questões: como se dá a implementação da saúde mental no DF? Quais são as principais tendências e características? Segue-se com as imbricações que esta rede implementada no marco da Reforma Psiquiátrica incide sobre a relação *família, Estado, cuidado e cuidadora*, contemplando as questões a seguir: como se responsabiliza o Estado em relação à saúde da mulher e os cuidados na família? Como se dá a relação com a família dessas mulheres com sofrimento psíquico? Por fim, desvela-se a questão da saúde mental da mulher a partir de um olhar sócio-histórico que elucida em que medida a construção social da função social da mulher influencia sua saúde mental e qual o papel do Estado na implementação de políticas de saúde mental em particular aquelas voltadas para mulheres.

3.1 Caracterização da instituição

O hospital São Vicente de Paulo situado na Cidade Satélite de Taguatinga, Região Administrativa III do Distrito Federal, que faz divisa ao norte com Brasília e Brazlândia, ao sul com Riacho Fundo, ao leste com Guará, Vicente Pires e Núcleo Bandeirante e ao oeste com Ceilândia e Samambaia. A cidade foi fundada em 5 de junho de 1958 em terras do município de Luziânia – Goiás, na Fazenda Taguatinga, a

¹⁷ Nome: Hospital São Vicente de Paulo – HSVP. Endereço: Área Especial nº 01. CEP: 72.021-970 – Taguatinga Sul- DF. Telefone geral: (61) 3451-9752. Responsável pela instituição: Dr. Ricardo Albuquerque Lins – Médico Psiquiatra. Tipo de Instituição: Governamental. Âmbito de atuação: Distrital e Interestadual.

oeste de Brasília. Seis meses após a instalação dos primeiros habitantes, Taguatinga já era uma realidade onde funcionavam escolas, hospitais, casas para professoras e estabelecimentos comerciais. Era o princípio do povoamento da primeira cidade-satélite de Brasília.

Concomitantemente com a cidade, o HSVP, o primeiro hospital geral do Distrito Federal, foi fundado em 1958 pela Fundação das Pioneiras Sociais. Funcionou como hospital geral até 1975, sendo que nesse período (1972-1973) a unidade foi obrigada a se transformar em um depósito de pacientes com meningite devido à epidemia que assolou o DF e muitos outros estados do país. No ano seguinte, com a inauguração do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e após uma reforma, passou a atender como primeira Unidade Especializada em Saúde Mental do Distrito Federal com o nome de Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) dando início aos atendimentos conforme a lógica manicomial, desumanizada e excludente dos hospitais psiquiátricos da época.

Hoje, assim como o nome *HPAP* interiorizado e reproduzido por funcionários e usuários que foi modificado em meados dos anos 1990, o Hospital São Vicente de Paulo perpetua o mesmo tipo de atendimento, pois não encontra na rede de serviços substitutivos o suporte necessário para finalmente se adequar às novas Diretrizes da lei de Saúde Mental¹⁸, sendo parte fundamental da rede integrada do SUS destinada à atenção em saúde mental do DF.

O HSVP é a unidade mais complexa da rede de serviço de saúde mental do DF, oferecendo a maior variedade de serviços à população como o Grupo de Acompanhamento Pós-Internação (GAPI), equipe matricial, Programa Vida em Casa (PVC), além de contar com 128 leitos distribuídos entre internação masculina e feminina (para maiores de 18 anos), emergência, hospital-dia e ambulatório. Realiza acolhimento, atendimentos psiquiátrico, psicológico e de enfermagem, terapia ocupacional e serviço social. Dispõe, ainda, de programas como o Ambulatório de

¹⁸ Lei de Saúde Mental. Disponível em Portal da Saúde – SUS+: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#

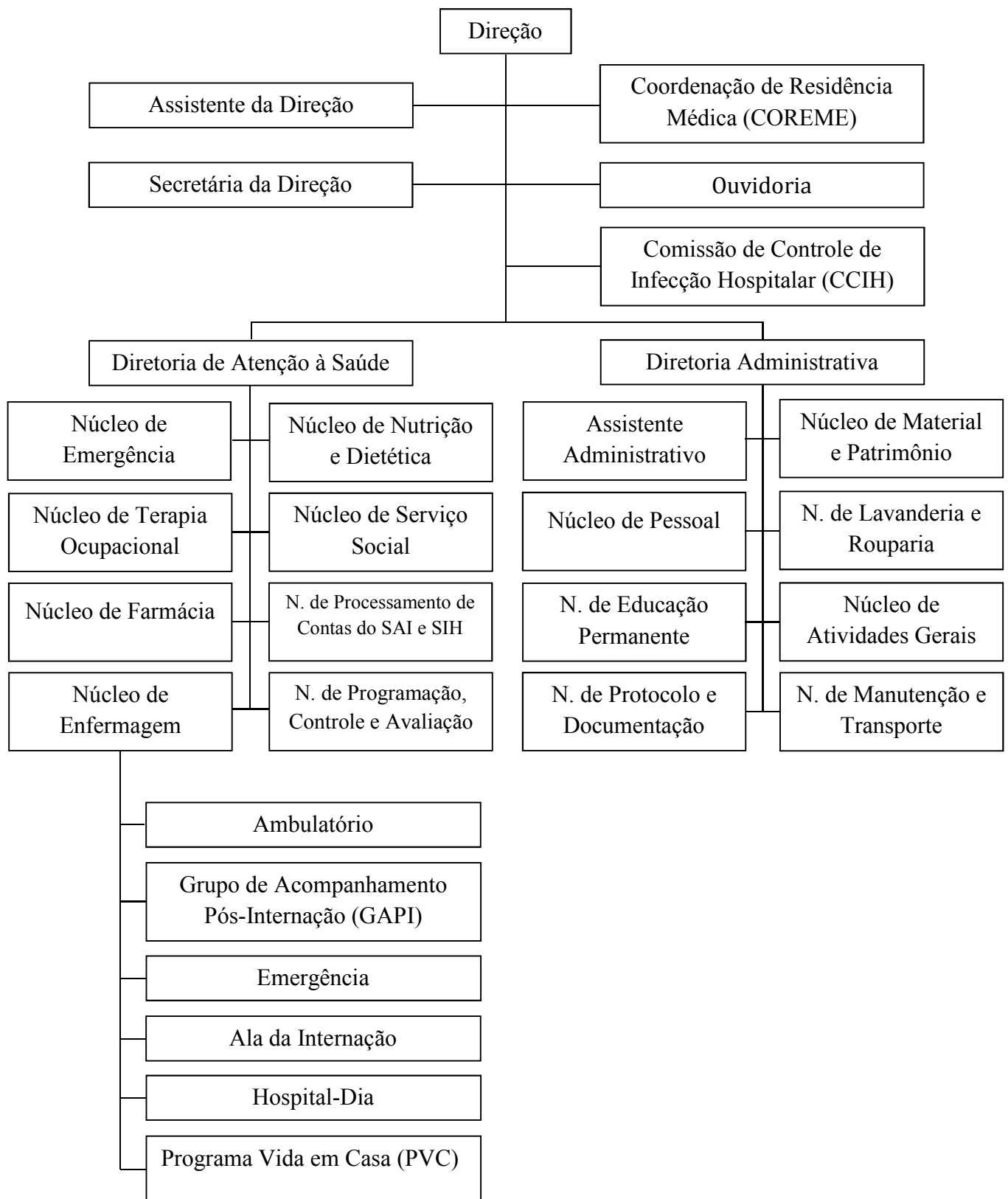
Transtornos do Humor e Afetivo (ATHUA), Neuroléptico de Ação Prolongada (NAP), Desmedicalização e Qualidade de Vida.

O HSVP ocupa historicamente uma posição importante no sistema de saúde mental, pois funciona como hospital especializado e referência em atendimento psiquiátrico, responsável pelo maior número de atendimentos do DF e cidades do entorno – cerca de 80% do atendimento de toda a rede – e pela centralização das *Guias de autorização de internação hospitalar*, documento interno do HSVP, acessado durante meu estágio e registrado em Diário de Campo, 2011.

A direção geral do HSVP é exercida por um diretor geral (médico psiquiatra) indicado pela Secretaria de Saúde do DF, com gestão de quatro anos. Atualmente o diretor é o Dr. Ricardo Albuquerque Lins.

Na emergência do HSVP é feito o acolhimento de pacientes em crise trazidos, em sua maioria, pelo corpo de bombeiros, SAMU, Polícia Militar e familiares. Após triagem realizada por técnicos em enfermagem, o paciente é encaminhado ao psiquiatra que avalia a necessidade ou não de internação. A internação na emergência é de curto período, visando estabilizar o quadro de crise psiquiátrica para posterior encaminhamento para acompanhamento ambulatorial e/ou outros. A internação na Ala de Internação implica em reclusão por período mais longo e segue uma série de critérios para ser acessada, tais como: disponibilidade de vaga, primeira crise ou reincidência, não ser usuário de álcool e outras drogas, e ter suporte familiar. O atendimento no ambulatório é agendado apenas com encaminhamento do posto de saúde, fato esse que gera enormes filas para tentativa de agendar o que elas chamam de *consulta extra*. O hospital-dia recebe pacientes encaminhados pelo médico ou pela equipe, após avaliação médica, porém disponibiliza um número de vagas inferior à demanda.

3.2 Organograma



3.3 A questão da saúde mental no DF: limites e possibilidades.

A partir da Constituição de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, dentre elas a de saúde mental.

Consoante com as diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica internacional, e com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), contidas na Declaração de Caracas (1990)¹⁹, o Ministério da Saúde, a partir da década de 1990, estabelece novos contornos à política de saúde mental brasileira e propõe o redirecionamento gradativo dos recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública e territorializada, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização dos hospitais especializados (Portal da Saúde – SUS+)²⁰.

Amparada pela Lei 10.216/2001, a Política Nacional de Saúde Mental consolida 12 anos de luta social pelos direitos da pessoa em sofrimento mental e significa a mudança do eixo hospital psiquiátrico/manicômio – internação (exclusão) – para o tratamento com base comunitária (inclusão): CAPS, Residências Terapêuticas, ambulatorios, hospitais gerais, Centros de Convivência e o convívio familiar.

O Governo brasileiro declarou ter como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de

¹⁹ A Declaração de Caracas foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, na qual se reuniram organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas para solicitar aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas> Acesso em: 21/02/2013.

²⁰ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#> Acesso em: 21/02/2013.

Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa De Volta pra Casa; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator, superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário; e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) (Política Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2001).

Rumo à lógica da desinstitucionalização, o Distrito Federal vem tentando acompanhar as transformações advindas do movimento de Reforma Psiquiátrica e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, mas o que se observa é um verdadeiro desencontro com o proposto por esta e uma realidade adaptada de forma precária, o que resulta em um abandono dos usuários desta política.

Dados recolhidos e disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Saúde Mental em Dados (2011), avaliam o Distrito Federal como sendo a última unidade da Federação em serviços substitutivos, como podemos verificar nas seguintes tabelas:

Tabela 1: Centros de Atenção Psicossocial por tipo, Unidade da Federação e indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2011)²¹.

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total	Indicador CAPS/100 mil hab.
Acre	732.793		1			1		2	0,27
Alagoas	3.120.922	38	6		1	2		47	0,90
Amapá	668.689				1	2		3	0,45
Amazonas	3.480.937	7	4	1				12	0,26
Bahia	14.021.432	125	32	3	7	16		183	0,87
Ceará	8.448.055	48	29	3	6	17		103	0,95
Distrito Federal	2.562.963	1	2		1	3		7	0,25
Espírito Santo	3.512.672	7	8		1	3		19	0,44
Goiás	6.004.045	16	16		2	4		38	0,50
Maranhão	6.569.683	37	14	1	3	6		61	0,65
Mato Grosso	3.033.991	24	2		2	5		33	0,69
Mato Grosso do Sul	2.449.341	9	6	1	1	4		21	0,69
Minas Gerais	195.953.309	86	44	10	12	21		173	0,69
Pará	7.588.078	24	15	2	2	6		49	0,50
Paraíba	3.766.834	39	8	3	8	8		66	1,27
Paraná	10.439.601	37	28	2	8	22		97	0,76
Pernambuco	8.796.032	28	19	2	7	12	1	69	0,64
Piauí	3.119.05	30	7	1	1	4		43	0,91
Rio de Janeiro	15.993.583	36	39	1	16	18	1	111	0,59
Rio Grande do Norte	3.168.133	15	11	1	2	7		36	0,92
Rio Grande do Sul	10.695.532	66	37		17	26	1	147	1,07
Rondônia	1.560.501	11	5			1		17	0,74
Roraima	451.227	1				1		2	0,33
Santa Catarina	6.249.682	47	13	2	6	11		79	0,90
São Paulo	41.252.160	64	79	27	43	67	2	282	0,64
Sergipe	2.068.031	19	4	3	2	4		32	1,16
Tocantins	1.282.453	7	2			1		10	0,47
Brasil	190.732.694	822	431	63	149	272	5	1742	0,72

²¹ Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Saúde Mental em Dados, Volume 10, p. 9).

Tabela 2: Indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e Unidade da Federação (Brasil, 2002-2011)²².

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,26
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69
Sudoeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72

²² Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Saúde Mental em Dados, volume 10, p. 7).

Tais levantamentos podem ser constatados ao acessar a rede de saúde mental do DF. Tendo o Hospital São Vicente de Paulo como principal referência em atendimento psiquiátrico, abrigando a única emergência psiquiátrica da região, que apresenta uma placa indicativa da existência de um CAPS onde, todavia, não são desenvolvidas atividades de CAPS, suas instalações são inadequadas à prática de serviços substitutivos, realidade esta observada em campo de estágio. Pode-se traçar, a partir do HSVP, o descompasso que o DF apresenta na implementação da política de saúde mental.

A população de mais de 2,6 milhões de habitantes dispõe de apenas sete CAPSs espalhados pelo território, quando, na verdade, seriam necessárias 48 dessas unidades (Portal da Saúde – SUS+, Saúde mental passo a passo)²³. Esse número representa 0,25 na proporção de CAPS por 100 mil habitantes, de acordo com o levantamento. Em outra direção, vem o estado da Paraíba com índice de 1,27 – em primeiro lugar no *ranking*, fato observado pela assistente social, coincidentemente paraibana, do HSVP:

Agora a estrutura que tá estabelecida no DF é realmente uma das piores do país. Outro dia eu vi uma reportagem em João Pessoa, que é um estado que a gente pode considerar que é “um estado atrasado” [quando] comparado ao Distrito Federal com relação a tudo, a salários, com relação a política e tudo, João Pessoa tá em primeiro lugar no país em número de CAPS, entendeu? Então assim, se for pensar o Distrito Federal, [está] em último lugar praticamente. (Entrevista concedida pela assistente social em 18 de janeiro de 2013)

Corroborando com o observado pela assistente social, a médica psiquiatra, que foi residente do HSVP no período 2009-2011 e hoje atua como médica psiquiatra no CAPS do Paranoá e em uma clínica particular, aponta algumas características da atual rede do DF:

Estamos distantes de uma política pública funcionante em relação à saúde mental. O que existem são leis, mas que na prática estão muito aquém do necessário para lidar com uma questão de tamanha importância e que reflete em vários aspectos da nossa sociedade. (...) Temos a necessidade de reformas urgentes no hospital, onde muitas vezes são negligenciadas e respondidas com um sistema caótico,

²³ Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1> Acesso em: 21/02/2013.

inflado e insustentável. Temos plantões onde sabemos que não tem vaga, ou quase sempre estamos com o dobro de pacientes permitidos, mas que devido à questão de necessidade e indicação médica, temos que interná-los em situações drásticas e insalubres. É realmente desanimador perceber o quanto os hospitais psiquiátricos não estão em condições de receber e tratar os doentes com a devida atenção. (...) Temos uma das piores redes de saúde mental. Esperamos a abertura de novos CAPS I, II e III, mas ainda dispomos de um número muito reduzido. (Entrevista concedida pela médica psiquiatra em 18 de fevereiro de 2013)

Fato interessante observado durante a pesquisa é que nem sempre o DF, em especial o HSVP, foi palco de tamanho descaso com a saúde mental. O relato da entrevista realizada com uma enfermeira do HSVP, que teve a oportunidade de acompanhar a implementação da política de saúde mental com base na Reforma, em 1996, antes mesmo da Política Nacional de Saúde Mental ser homologada, mostra que não só o DF tem um dos piores atendimentos do país, como também vem regredindo ao longo do tempo no que concerne aos direitos do usuário da saúde mental:

Na reforma psiquiátrica, teve um avanço grande na época que a Dulce foi diretora no hospital São Vicente, que foi uma época que estava no auge mesmo a reforma psiquiátrica. A Lei Paulo Delgado (...) melhorou muito o atendimento nesse período. Os pacientes tinham liberdade dentro do hospital, foram tiradas as grades, os pacientes andavam livremente no ambulatório, mesmo os pacientes internados, não era só paciente de ambulatório e de hospital-dia, mas assim, os internados, aqueles que tinham condições, andavam, circulavam pelo hospital, pelo ambulatório. A Dulce até gostava de coloca-los assim, pra ajudar nas tarefas do hospital. Então foi muito bom, uma experiência muito boa pros pacientes, que eles viram o outro lado da psiquiatria, que não era aquele lado do paciente só viver amarrado, né, contido lá de qualquer jeito, [com] as pessoas ignorando os pacientes. Então todo mundo interagia, tinha muitas atividades, atividades externas. Durante os quatro anos de direção da Dulcinéia. Toda semana tinha atividade externa, que a gente ia de ônibus mesmo, passeava, ia aos shoppings, levava os pacientes no cinema, na água mineral, então assim a gente fazia várias atividades, mas assim com isso, a gente tinha supervisão externa, o pessoal de Belo Horizonte vinha aqui fazer supervisão, o de São Paulo, mas tudo que a Dulce fazia era com verba da secretaria, e às vezes a gente contribuía com alguma coisa, assim, pra melhorar o atendimento ao usuário. (entrevista concedida pela enfermeira em 12 de fevereiro de 2013)

A partir da entrevista com a enfermeira e de dados coletados na pesquisa através da observação, pode-se constatar que, para além dos desafios estruturais da cidade e da sociedade, o que se observa é um verdadeiro abandono por parte dos governantes. O

referido momento relatado nesta entrevista remete aos anos de 1996 a 1998, período em que o DF foi governado por Cristovam Buarque, liderança petista, e, portanto, assume a direção do HSVP a Dra. Dulcinéia Crispim, médica psiquiatra, militante reformista e petista, atuante nos espaços deliberativos e próxima ao governo estabelecido. Ressalto que a Gerência de Saúde Mental, a direção do HSVP e as lideranças dos CAPS são cargos elegíveis por indicação, que no somatório final refletem gestões internas que compactuam com a lógica político-partidária vigente.

Portanto é possível avaliar que o limiar de retenção da plena implementação da política do DF está diretamente ligado ao interesse dos governos em estabelecer uma rede abrangente e de qualidade. A atual gestão do DF demonstra esse descaso, conforme se pode constatar em outro trecho da entrevista com a assistente social do hospital: “Você vê o governo, quando ele entrou, visitou todos os hospitais, [mas] ele não visitou o hospital São Vicente, foi pro Base, foi pra Ceilândia, foi pra tal lugar e aqui não foi visitado, né?”.

Intrinsicamente ligada à atitude do governo em implementar a rede estão as características inerentes à sua construção descontínua, precária e paliativa. Estratégias para a conformação de uma rede eficaz no DF estão presentes nas entrevistas com os profissionais de saúde, revelando que eles compartilham no dia a dia à luta pelo acesso e pelo tratamento de qualidade nos hospitais psiquiátricos da cidade:

Primeiramente, melhoria no repasse de verba específica para a construção da rede de saúde mental, por conseguinte a estruturação da reforma psiquiátrica. Melhoria na capacitação e formação dos profissionais e aumento de equipes treinadas para o atendimento. Criação de novos CAPS para a maior abrangência e eficácia no suporte da saúde mental. Propagandas educativas mais frequentes, estudos e pesquisas para sempre atualizar os melhores tratamentos. (Entrevista com médica psiquiátrica em 18 de fevereiro de 2013)

Desde a educação continuada com o pessoal que trabalha, desde os serviços gerais até médico, (...) tinha que pelo menos aumentar o número de CAPS para pelo menos o paciente ter onde passar o dia, fazer atividades, pra ficar tranquilo, pra ir pra casa. Ficar sem emergência também é impossível, mas se fizessem as comunidades terapêuticas, teria muito paciente que não tem familiar que não estaria na rua, se drogando, na mendicância. (Entrevista com enfermeira em 12 de fevereiro de 2012)

Para além dos muros do HSVP, meu estágio proporcionou uma visão geral da rede ratificando os dados coletados pelo Ministério da Saúde. A insuficiência do número de CAPS impossibilita o encaminhamento para tratamento ambulatorial próximo à residência do paciente, fato que ocorre não só com a população residente do DF, mas também com a das cidades do entorno. A falta de atendimento em grupo que contemple as famílias gera desinformação e descuido, o que muitas vezes leva ao abandono e consequentemente a mendicância de muitos pacientes, pois não existem residências terapêuticas – considerado uma STR, o ISM não possui equipe, atendimento ou atividades que façam jus a categorização. A implantação de serviços em modelo de CAPS no COMPP aumentou a demanda da instituição, mas não significou uma modificação em seu espaço físico. Ao contrário, desde a fundação da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) em 2001, vinculada ao GDF, o COMPP vem perdendo espaço físico, pois a faculdade funciona no mesmo prédio. O Hospital de Base recebe apenas pacientes com comorbidades graves e sua psiquiatria esteve fechada durante todo o período de estágio.

A capacitação continuada dos funcionários, o acesso à informação e à orientação tanto do paciente quanto da família e da comunidade – *continuidade de cuidado*, termo conceituado por Mário Alfredo de Marco (2003) como sendo a “disponibilidade de informações, constância da equipe, constância dos locais de atendimento, acompanhamento e cuidado com a transmissão dos dados e das orientações de um lugar para outro” (p. 163) –, o aumento do número de CAPS, a criação de residências terapêuticas, a articulação da rede e fortalecimento das equipes matriciais; todas essas estratégias apontadas pelas entrevistadas são requisitos previstos por lei (Lei 10.216) para a efetivação da reforma psiquiátrica. Requisitos que, no entanto, não vêm sendo cumpridos no DF e que retrocedem a cada internação desumanizada e de longa duração, a cada consulta não agendada, a cada medicação não acessada, a cada informação desencontrada, a cada ócio e/ou a cada abandono.

3.4 O papel da família: desresponsabilização do Estado ou proteção integral?

Como já mencionado, o papel da família frente às questões sociais tem se modificado ao longo dos tempos e o que a contemporaneidade nos apresenta é uma retomada da centralidade do núcleo familiar como sendo a espaço privilegiado de proteção e garantia de reprodução material e social (Rosa, 2003).

Assistimos hoje a um apelo à participação no campo da Saúde, na medida em que as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) destacam justamente a importância de a sociedade civil decidir sobre a formulação e o planejamento das políticas públicas, assim como controlar a oferta e distribuição de serviços. A participação da comunidade e o controle social têm-se configurado como estratégias democráticas para romper com a tradição centralizadora do Estado brasileiro (Silva, 2005).

Até pouco tempo, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, locais da prática e do saber médico, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento. No modelo de atenção atual, a política assistencial preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental deslocando, assim, o seguimento e continuação dos tratamentos para o interior das famílias, mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental.

Esse apelo tem assumido a forma de uma convocação à responsabilidade dos atores sociais envolvidos no cuidado. Profissionais, familiares, vizinhos e todos aqueles que cercam ou estão vinculados ao portador de transtorno mental são convidados, de diferentes maneiras, a tomar para si uma parcela da responsabilidade pela assistência. As parcerias e as redes de suporte social têm sido maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o doente mental que não a internação ou o abandono.

No advento da psiquiatria e do asilo hospitalar, as relações entre instituições e atores sociais no sentido de encarregar-se do paciente se agudizam. Entretanto, nesse momento, em vez da medicina tomar para si o mandato social de controle e legitimar uma atuação técnica sobre o paciente, procura-se a todo custo compartilhar

responsabilidades com família e comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e um grau de autonomia possíveis ao paciente (Batista e Silva, 2005).

Dividir, negociar e delegar responsabilidades pelo cuidado entre profissionais, familiares, vizinhos e usuários têm-se transformado numa constante no cotidiano dos serviços de saúde mental, à medida que se procuram construir redes sociais de suporte ao doente mental: quem cuida do quê ou de quem? Do que lançar mão para lidar com os momentos de crise psicopatológica no meio de uma praça próxima ao serviço? E se a família não estiver atenta no momento, quem atende: o médico, o psicólogo ou o terapeuta com quem o paciente mais simpatiza e tem proximidade? Mais do que isso, atende em nome de quê: cuidado, controle, manutenção da ordem pública, solidariedade ou piedade? Quando chega o momento de tirar o passe-livre, a quem solicitar? Mas e se o usuário não vem ao CAPS porque não tem dinheiro para o ônibus e a família quiser interná-lo?

Recentemente, a partir de 2000, duas leis consolidam a direção da política de saúde mental no Brasil no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente: a Lei Federal no 10.216, de abril de 2001, com base na famosa Lei Paulo Delgado, sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória; e a Lei Federal no 10.708, de julho de 2003, conhecida como Bolsa-Auxílio (Batista e Silva, 2005), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos manicômios para a família ou comunidade.

Pode-se dizer que a reforma diz respeito, necessariamente, a uma mudança nas políticas públicas de saúde mental, no sentido de priorizar o atendimento comunitário do paciente psiquiátrico em detrimento da internação hospitalar. É a ênfase no atendimento comunitário como medida governamental, redirecionando os recursos no sentido da criação de serviços comunitários de saúde mental (Amarante, 1995).

Este é o cenário da saúde mental sob o broquel da Reforma, corroborado pelos dados do Ministério da Saúde que, no que tange ao orçamento, discorre:

O ano de 2006 marcou a inversão dos gastos na rede de atenção psicossocial, em que o investimento na rede de serviços e ações extra-hospitalares superou os gastos com a rede hospitalar. Em 2011 podemos observar a continuidade desta tendência, que reafirma o compromisso da gestão federal com o investimento em uma rede de atenção com ações e serviços diversificados, de base comunitária e que proporcionam o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços comunitários e familiares. (Saúde Mental em Dados, Volume 10, p. 22)

Entretanto, dependendo da forma como esse processo de mudança político-administrativa venha a ocorrer – se amparado num projeto de assistência substitutiva aos manicômios; se voltado para a desmontagem da instituição física ou simbólica do hospital –, pode vir a se tornar desassistência. Ou seja, desospitalizar pode não significar atendimento na comunidade, mas abandono: deixar o paciente psiquiátrico sem tratamento por recusar a internação como medida assistencial; não sustentar seu atendimento na comunidade com recursos técnicos suficientes.

Essas são as diferenças apontadas por Amarante (1995) entre *desinstitucionalização*, *desospitalização* e *desassistência*. É nesse sentido que a responsabilização do serviço, do profissional e do usuário, é questão para a reforma: procurar evitar o abandono e a internação, diferentes atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado, são implicados no (mas também encarregados pelo) processo de desinstitucionalização da loucura.

De concreto, sabemos que não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Sabemos, também, que a ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como a doença mental, ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente entre aquelas do convívio familiar, como destacado pelo depoimento abaixo:

A família também fica esgotada, não é só a do serviço público, não. Qualquer serviço. Você vai lidando com uma pessoa. É um ano, é dois, é três, porque assim, a doença crônica é terrível. A doença mental é uma doença crônica, então você vai lidando, um ano, dois anos, três anos, quatro anos, chega um momento que a pessoa tá esgotada, a família toda adocece, então isso aí também tem que ser orientado, a família tem que ser orientada, porque ela não é culpada da pessoa tá doente. E muitas vezes, no serviço público, o povo não faz isso e assim, a família abandona, no privado também, mas com

jeitinho você tem como contornar, se você não consegue uma pessoa, você vai procurar outros familiares. (Entrevista com enfermeira em 12 de fevereiro de 2013)

Portanto, a presença da família no processo de reforma é fundamental para a conformação dos serviços substitutivos e como artifício próprio de tratamento do usuário, o que representa sim uma proteção integral. Já o abandono e a desassistência significam um retrocesso no modelo de atenção que acaba por exigir a existência dos hospitais psiquiátricos. A família e a comunidade têm atendido a esse chamado de cooperação, no entanto o Estado tem se desresponsabilizado do papel de principal fomentador e implementador das políticas de saúde mental, uma vez que a rede de assistência psiquiátrica substitutiva não tem se realizado de forma a contemplar às necessidades dos usuários na perspectiva da Reforma. Para além da não implementação integral da rede, esta se encontra deficitária no que concerne ao atendimento às próprias famílias dos usuários, que, como já citado, acabam por também requerer cuidados.

Ou seja, a proteção integral com base no suporte comunitário e familiar pode representar uma desresponsabilização do Estado, dependendo da forma como essa responsabilidade é delegada e negociada entre os atores sociais envolvidos e quais as respostas, nos diferentes contextos, das cidades que implementam a saúde mental no Brasil. A qualidade de cooperadora e cuidadora de uma não anula a qualidade de garantidora e cuidadora do outro, e o que presenciamos hoje é uma chamada para a ação familiar pelo desserviço prestado pelo Estado na saúde mental.

3.5 A saúde da mulher e a questão da saúde mental: desafios

O debate e a reflexão acadêmica a partir da perspectiva de gênero têm contribuído para repensarmos como tem sido tratadas tradicionalmente as noções de cidadania, desigualdade e justiça social. Nesse contexto, começa a ganhar forma a necessidade de aprofundar o debate teórico no campo das políticas públicas que contemplem a dimensão de gênero. Refiro-me aqui não só às ações dirigidas diretamente às mulheres, mas também a inserção de ações e diretrizes no âmbito das políticas estratégicas que visam alterar a lógica das desigualdades, contemplando as dimensões de gênero (Carloto, 2004). Entende-se *gênero* aqui como sendo símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de

interpretações de significados, organizações, instituições sociais e identidade subjetiva (Scott, 1988).

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir da publicação do estudo *The Global Burden of Disease* pela Organização Mundial da Saúde (OMS *apud* Andrade, Silveira, Viana, 2001). Diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais, assim como na apresentação clínica e na resposta terapêutica, têm sido extensivamente demonstradas por estudos epidemiológicos (Andrade, Silveira, Viana, 2001) assim como tem sido observadas em campo por funcionários da saúde mental:

Em relação às mulheres, percebo que estão, a cada dia que passa, conquistando a merecida independência, mas junto dela as doenças ocupacionais, mesmo porque somam muitas vezes outros afazeres além do trabalho laboral. Muitas têm que se desdobrar em quatro, pois além do trabalho fora, são mãe, esposa, dona de casa. É inevitável que haja um maior adoecimento diante de vidas estressadas, sem tempo hábil para viver com harmonia. Sonos não reparadores, dores crônicas, estresse, cobranças, frustrações, insatisfações, tristezas, culminando em uma vida repleta de ansiedades e depressão. (Entrevista com médica psiquiátrica em 18 de fevereiro de 2013)

Tais apontamentos são ratificados por Zanello (2011) quando esta ressalta “os transtornos de humor e ansiedade frequentemente mais associados a [mulheres] são explicados em função de seu ciclo reprodutivo, da existência de hormônios no corpo feminino que exercem influência sobre seu humor. Desta forma, a perspectiva biologizante reduz o ser da mulher ao corpo” (p. 26) e propõe uma perspectiva diversa privilegiando “uma leitura sociocultural, mostrando indicadores psicossociais que influenciam a expressão da saúde mental” (p. 31). Assim, a perspectiva sócio-histórica busca explicar a loucura enquanto sintoma da nossa cultura, enfatizando fatores de risco no campo social que interferem na *quebra* psíquica, entre eles as desigualdades nas relações de gênero.

Nesse sentido, a preocupação com a saúde mental da mulher vem sofrendo mudança significativa nos últimos tempos, havendo uma crescente tentativa de se analisar seu conjunto levando em consideração sua saúde como um todo, bem como a

busca da garantia de seus direitos de cidadã, considerando as particularidades dos diferentes contextos apresentados pelas mulheres ao longo de sua vida.

Por conta disso, serviços preparados para enfrentar questões que surgem do adoecimento psíquico relacionado ao gênero feminino são de fundamental importância nesse contexto, devendo contar com a participação de profissionais devidamente treinados para esse tipo de abordagem.

Segundo Silveira (2003), é função de um Estado democrático elaborar políticas públicas que reconheçam a desigualdade de poder entre homens e mulheres, sendo, portanto, legítimo atuar pensando em uma lógica de políticas públicas que sempre considere o impacto diferenciado para homens e mulheres em todos os âmbitos, mas que também reconheça legitimidade nas ações voltadas para o fortalecimento das mulheres que, enquanto coletivo social, estão em condições subordinadas na sociedade.

No entanto, o que se observa na prática é uma forte negligência no que concerne a saúde mental da mulher. A demanda por particularidades biológicas e/ou construídas socialmente é cada dia maior, mas as políticas públicas de saúde mental não contemplam as especificidades da mulher, como corrobora a assistente social:

O São Vicente, o hospital não trata essas questões separadamente. Vamos tratar somente a saúde da mulher, então assim, aqui é uma estatística geral [de] quantas entraram, quantas saíram, quantas são mulheres. Uma mulher grávida dentro de uma unidade de saúde mental inclusive corre risco ela e a criança também. Por conta da desorientação, às vezes a paciente está sem crítica, mas a maioria dos casos não tem uma estratégia específica. A mulher chegou aqui, vai ser trabalhado um grupo só com mulheres em saúde mental? Não, aqui é tratado só da saúde mental, e individualizado, daí o médico vê o contexto dessa mulher. [Se] a mulher tá grávida ou então suspeita de alguma doença com relação à saúde da mulher, aí é encaminhado para os postos de saúde. (Assistente social em entrevista dia 18 de janeiro de 2013)

Os dados coletados pelas entrevistas e a experiência de estágio mostram que as especificidades da mulher não são contempladas pela atual rede de saúde mental. Mulheres com filhos dependentes, gestantes, com depressão pós-parto, vítimas de violência doméstica ou violência sexual não encontram nos serviços substitutivos e nem mesmo no hospital psiquiátrico tradicional acolhimento adequado às suas necessidades, pois estas não têm sido reconhecidas no âmbito hospitalar. A ausência de uma rede

interligada e a falta de capacitação profissional foram apontadas como alguns desses desfalques na saúde da mulher dentro da rede de atenção a saúde mental. Alternativas possíveis para uma política legítima para as mulheres na saúde mental são ponderadas propostas:

Acompanhamento integral para gestantes, principalmente as que fornecem algum risco para si ou para o bebê. Incentivo a terapias, ressocialização, arte\cultura, psico-educação, internações mais humanizadas, cuidados com a alimentação e saúde da mulher. Criação de atendimentos específicos e integrativos para as mulheres. (Entrevista com médica psiquiátrica em 18 de fevereiro de 2013)

Porque quando a gente pensa na saúde da mulher, a gente pensa só nessa questão de saúde física mesmo, mas tem a psicológica, tem essa questão da mulher voltar pra casa e ter essa questão da agressão, né? A violência psicológica tudo faz com que a pessoa volte a um quadro anterior, então o ciclo tem que ser fechado. Às vezes a pessoa tá no hospital, mas tá numa condição tão ruim em casa porque tá sendo agredida, né, pelo companheiro, por alguém da família e tal, então eu acho que melhoraria muito se a saúde fosse colocada em prática quando as pessoas entrassem em uma unidade psiquiátrica, porque aí ela já encaminharia tudo no mesmo setor. (Entrevista com assistente social em 18 de janeiro de 2013)

Portanto, o reconhecimento da diferença e a inclusão do debate de gênero no debate teórico das políticas públicas são estratégias imprescindíveis para se pensar a saúde mental da mulher dentro de um contexto sócio-histórico amplo que caracterize suas particularidades frente ao adoecimento e à resposta ao tratamento. A criação de políticas públicas específicas que reconheçam essas particularidades e que as contemplem é uma conquista que precisa se alcançada pelas mulheres enquanto cidadãs a parte do núcleo familiar.

Em suma constatou-se que a implementação da rede de saúde mental no Distrito Federal está intrinsecamente ligada à vontade partidária do governo estabelecido no momento, fato este que reflete a dinâmica política da cidade. Tal formato direciona a política de saúde mental no sentido da assistência ou da desassistência, e no caso do DF a desassistência tem sido o tom de regra. “A expansão de serviços nas regiões Centro-Oeste e Norte permanece como desafio para os próximos anos” (Saúde Mental em Dados, Volume 10, 2012, p. 8), entretanto, “o empenho em relação ao estado do Amazonas que, por conta da recente expansão de serviços, ultrapassou o DF no que tange a cobertura assistencial em saúde mental” (Idem. p. 9).

Considerações finais

A consolidação do capitalismo no Brasil, no marco neoliberal, permitiu a definitiva apropriação da loucura pela medicina, a exemplo do que já havia ocorrido na Europa²⁴, o que acabou por determinar a maneira como a sociedade ocidental deveria relacionar-se com a loucura, privilegiando o modelo clínico – biológico hegemônico. Essa interpretação fez prevalecer a dominação política sobre o corpo-biológico. Essa dominação incide de forma mais cruel sobre a mulher, pois suas singularidades são deixadas de lado ao agregar os valores patriarcais nas políticas desenvolvidas. Uma forte corrente na medicina privilegia uma leitura sociocultural, mostrando indicadores psicossociais que influenciam a expressão da saúde mental. Assim, a perspectiva sócio-histórica busca explicar a loucura enquanto sintoma da nossa cultura, enfatizando fatores de risco no campo social que interferem no surto psíquico, entre eles o gênero – desigualdades nas relações de gênero. “Nessa perspectiva, mais do que consequência de um corpo desregulado, o sofrimento psíquico seria compreendido como resultado de papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito” (Zanello, 2012).

No Brasil, ações políticas dos movimentos de mulheres de fazer incidir uma perspectiva feminista nas políticas públicas datam da década de 1980, quando “esvaziaram-se os grupos formados em torno da bandeira da opressão feminina e ganhou força uma atuação mais especializada, com uma perspectiva mais técnica e profissional. Muitos grupos adquiriram a forma de organizações não governamentais (ONGs) e buscaram influenciar as políticas públicas em áreas específicas, utilizando-se dos canais institucionais” (Andersen, 2004, p. 31), reivindicando questões relativas à saúde da mulher, inclusive na saúde mental, o que causou impacto na área médica. Isto se consolida na Conferência Nacional de Direito e Saúde da Mulher, realizada de 10 a 13 de outubro de 1986 nesta capital, na qual se estabeleceu que:

A discussão das questões específicas a respeito da saúde da mulher orientou-se pela compreensão de que a saúde está associada à existência de um trabalho estável e condignamente remunerado, assim como moradia, educação, alimentação, saneamento básico e meio ambiente livre de contaminação. Saúde, enfim, passa a ser

²⁴ Foucault (1978) estuda a interpretação que o mundo ocidental tem feito sobre a loucura desde a idade clássica.

compreendida como o direito a uma vida digna e plena, sem discriminação de sexo, raça, idade ou classe social. (Relatório da Conferência Nacional de Direitos e Saúde da Mulher, 1986, p. 07)

Quanto à saúde mental, encontramos propostas e diagnósticos na Conferência que apontam a importância de existir políticas voltadas para as mulheres nessa área. Dentre as conquistas da ação política do movimento feminista da época, também merecem destaque a criação dos Conselhos Estaduais dos Direitos da Mulher (CEDM), do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 1985.

A criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), apenas em janeiro de 2003, é fundamental impulsionadora e articuladora dessa nova institucionalização, representando um imenso avanço para o movimento feminista na sua luta pelo fim da desigualdade de gênero e pela possibilidade de proposição de políticas públicas específicas para as mulheres. Acabar com as desigualdades não significa negar a diversidade de identidades. Pelo contrário, trata-se de reconhecer a diferença entre homens e mulheres, porém atribuindo valor igual a ambos e reconhecendo suas necessidades específicas, as quais devem ser igualmente contempladas pela sociedade e pelo Estado. Para a efetivação da igualdade entre mulheres e homens na sociedade brasileira, é preciso avançar no aprimoramento e na implementação dos marcos normativos, assim como no fortalecimento institucional das políticas para as mulheres com vistas a promover sua autonomia econômica, política e social.

Retirar o(a) louco(a) do asilo e restabelecer seu convívio na sociedade é apenas uma pequena parte da proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica. Faz-se necessário, ao ver dos reformistas, principalmente ouvir dentro de suas singularidades aquele(a) considerado(a) louco(a); restituir suas vozes e nelas identificar as especificidades da nossa cultura. A ideia de valores culturais permeando o sofrimento psíquico grave ganha consistência nos estudos epidemiológicos que apontam variações de prevalência de certos transtornos na população, com fortes evidências de diferenças na distribuição dos mesmos quando em relação a homens ou mulheres. Além disso, os próprios sintomas se transformam, a depender dos valores da época e da sociedade (Zanillo, 2011).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica é caracterizado por Paulo Amarante em 1995. Além disso, ele situa a saúde mental e os debates nela intrínsecos na perspectiva histórica-social:

É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. (...) Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu o conceito de território, fundamental para as políticas públicas). (Amarante, 1995)

Ao romper com o caráter puramente médico-científico da saúde mental tirando-lhe do domínio da psiquiatria, Amarante agrega ao debate a necessidade de se repensar a saúde mental em um contexto social e histórico que corrobore as palavras de Valeska Zanello quando esta defende o imperativo de se relevar os aspectos culturais, sociais e históricos que permeiam a saúde mental, abrindo caminho para a inserção da categoria gênero nesse debate:

Ao questionar uma concepção reducionista e biologizante (discurso biomédico) no âmbito da saúde mental, acreditamos que a análise da noção de gênero abre novo campo de reflexões, o qual destaca a participação de fatores socioculturais na experiência do sofrimento psíquico. Em outras palavras, a cultura, em seu caráter constitutivo, privilegia caminhos de subjetivação, nos quais as relações de gênero são um fator importante. Isto é, aquilo que a sociedade estabelece e exige de um “homem” ou de uma “mulher” interfere na experiência subjetiva de cada indivíduo. (Zanello, 2011)

Portanto, ao considerar que a sociedade em que vivemos está estruturada para o homem e pelo homem, entende-se que a identidade da mulher é fragmentada pelas várias funções que desenvolve. A mulher é pouco reconhecida para além de sua função reprodutora e cuidadora, apesar dos incontestáveis avanços. Uma vez reduzida a estas, sofre as repercussões dessa limitação e, se escapa do mundo doméstico, sofre a tensão da inserção na produção, em oposição às tarefas de casa. Tudo isso repercute sobre sua saúde mental e ela *fala* por meio de seu corpo dos problemas que não pode expressar, e que estão inscritos na ordem patriarcal.

Nesse sentido, o presente trabalho pretendeu analisar a implementação da rede de saúde mental no Distrito Federal, em particular aquelas destinadas às mulheres, e constatou que ela vem sendo negligenciada pelo Estado por apreender a visão biomédica da loucura, deixando de lado as vicissitudes culturais da mesma, o que consequentemente converge para uma desassistência específica às mulheres na saúde mental.

A política de saúde mental, por sua vez, encontra-se em meio a um conflito de interesses e perspectivas que, ao mesmo tempo em que traduz uma revolução na assistência psiquiátrica, incide os reflexos da perspectiva neoliberal representando o distanciamento do caráter universal e provedor das políticas públicas, apontando as características deste ideal que focaliza, privatiza e reforça as divisões tradicionais dos papéis sociais de gênero, além de dissimularem a desresponsabilização estatal por meio da responsabilização da família sob o discurso da proteção integral em saúde mental.

Não é, portanto, espantoso verificar como resultado da pesquisa uma completa negligência em relação à saúde mental da mulher, tendo em vista o abandono sofrido por toda esta política no Distrito Federal. Averiguadas as particularidades da saúde mental feminina e estabelecida a relação entre *família*, *cuidado*, *Estado* e *cuidadora* nos dados coletados e na bibliografia pesquisada, ficou nítido que tais especificidades estão arreigadas de valor cultural e são por eles determinadas historicamente. Por conseguinte, essa relação se (re)produz no âmago da sociedade neoliberal gerando novas formas de sociabilidade que culminam em uma solidariedade entre sociedade e Estado, justificada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, mas que na atualidade representa válvula de escape estatal no que concerne ao cumprimento da sua função de gestor das políticas públicas.

Referências

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.). *Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

ANDERSEN, Cynthia. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. In: *Revista Estudos Feministas*, Volume 12, Número 2, Florianópolis: Maio-Agosto de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2004000200003&lang=pt> Acesso em: 28/02/2013.

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. In: *Revista psiquiatria clínica*. Volume 33, Número 2. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200003&lang=pt> Acesso em: 12/01/2013.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. In: *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, Volume 5, Número 3, p. 337-348, Julho-Setembro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>> Acesso em: 31/12/2012

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BODSTEIN, Regina Cele de A. Cidadania e Modernidade: emergência da questão social na agenda pública. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Volume 13, Número 2, p. 185-204. Rio de Janeiro: ENESP, 1997.

BRASIL. *Coleção das leis do Império do Brasil*. Parte II (Publicação Original). Brasil, 1841, p. 49. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/legimp-27/Legimp-27_18.pdf#page=7> Acesso em: 27/12/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Previdência e Assistência Social. *Portaria Interministerial nº 5*. Diário Oficial da União. Brasília, 1980.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP. *Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária*. Brasília, 1982

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferencia Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, 1986. Relatório final disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 28/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *XII Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, 2004. Relatório final disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>> Acesso em: 28/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha Saúde da Mulher*. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf> Acesso em: 28/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático de Matriciamento em saúde mental*. Dulce Helena Chiaverini (Org.). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

<<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>> Acesso em: 29/12/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados*. Ano VI, Volume 9. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf> Acesso em: 27/12/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados*. Ano VII, Volume 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>> Acesso em: 28/12/2012.

CARDOSO, Álvaro. As Colonias de Alienados. In: *Annais da Colonia de Psychopathas*. Rio de Janeiro, 1929.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant (Org.). *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: Cortez, 2000.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. In: *Estudos de Psicologia*. Natal, Volume 9, Número 1, 2004, p. 121-129.

CISNE, Mirla; GURGEL, Telma. Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. In: *Revista SER Social*, Volume 10, Número 22. Brasília: UnB, 2008.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Coleção Loucura e Civilização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

CUNHA, Maria Clementina P. Loucura, gênero feminino: as mulheres de Juquery na São Paulo do Início do Século XX. In: *Revista brasileira de história*. São Paulo, Volume 9, Número 18, Agosto-Setembro, 1989.

CUNHA, Maria Clementina P. *De historiadoras, brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX)*. Volume 3, Número 5. Rio de Janeiro: Tempo, 1998, p. 181-215.

DE MARCO, Mario Alfredo. Continuidade dos Cuidados. In: *A face humana da Medicina. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DEL PRIORI, Mary. Viagem pelo imaginário do interior feminino. In: *Revista brasileira de História*. São Paulo, Volume 19, Número 37, 1999, p. 179-194.

DEL PRIORE, Mary (org.). *História das Mulheres no Brasil*. 7. Ed. São Paulo: Contexto, 2004.

DEMO, Pedro. *Dureza: pobreza política de mulheres pobres*. Campinas: Autores Associados, 2005.

DISTRITO FEDERAL. *Lei 975, de 12 de dezembro de 1995*. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: GDF, 1995.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Brasília: GDF, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>> Acesso em: 21/01/2013.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde – SES/DF. *Plano Diretor de Saúde Mental do DF. Brasília, 2011 a 2015*. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/300/311/00000734.pdf>> Acesso em: 21/02/2013.

FAGNANI, Eduardo. Os profetas do caos e o debate recente sobre a seguridade social no Brasil. In: *Previdência Social: como incluir os excluídos?* São Paulo: LTR: 2008, p. 31-43.

FOUCAULT, Michael. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRASER, Nancy. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. Tradução por Ramayana Lira. In: *Revista de Estudos Feministas*. Volume 12, Número 3. Oxford: Blackwell Publishing, 2005, p. 295- 307.

FRASER, Nancy. O feminismo, o Capitalismo e a astúcia da História. In: *New Left Review*. Tradução por Anselmo da Costa Filho e Sávio Cavalcante. Número 56. Março-Abril, 2009.

GARCIA, Carla Cristina. *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1995.

GOFFMAN, Erving. *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. 4. Ed. New Jersey: Prentice – Hall, Inc., 1963.

JR RENNÓ, Joel. *Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462005000600007&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 26/02/2013.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org.). *Família a base de tudo*. 4. Ed. Brasília: Cortez/UNICEF, 2000.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

KOHEN, Dora. Psychiatric Services for Women. In: *Advances in Psychiatric Treatment*. Volume 7. London, 2001, p. 328-334. Disponível em: <<http://apt.rcpsych.org/content/7/5/328.full>> Acesso em: 01/02/2013.

KOHEN, Dora. Specialised In-Patient Psychiatric Service for Women. In: *The Psychiatrist, Formerly the Psychiatric Bulletin*. Volume 23. London, 1999, p. 31-33. Disponível em: <<http://pb.rcpsych.org/content/23/1/31.summary?related-urls=yes&legid=pbrpsych;23/1/31>> Acesso em: 01/02/2013.

KOHEN, Dora. Gender and Mental health: recognition of unresolved issues. In: *Advances in Psychiatric Treatment*. Volume 7. London, 2001, p. 83-84. Disponível em: <<http://apt.rcpsych.org/content/7/2/83.full>> Acesso em: 01/02/2013.

LIMA, Maria da Glória. *Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo*. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.^a Dr.^a Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MANZINI, Maria de Lourdes. *O que é cidadania*. Coleção Primeiros Passos. 3. Ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

Memória da Loucura. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>> Acesso em: 28/12/2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al. *Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade*. 31. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, Juliano. Assistência aos epiléticos – Colônia para eles. In: *Arquivos brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e ciências Afins*. Ano I, Número 2. Rio de Janeiro, 1905.

PACHECO, Juliana Garcia. *Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO). Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Brasília, 2011.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da publicação Brasileira em saúde mental: 1980 – 1996. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 19, n 3, pp. 231-240. 2003.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. In: *Saúde soc.* Volume 17, Número 2, Abril-Junho. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200009&lang=pt Acesso em: 20/02/2013.

PORTOCARRERO, Vera M. *Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Dissertação (Mestrado). Departamento de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.) *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno Mental e o cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco, et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: *Revista Per la salute mentale/ For mental health* 1/88, do Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf Acesso em: 29/12/2012.

ROTELLI, Franco. *A Experiência De Desinstitucionalização Italiana: O Processo de Trieste*. Conferência proferida por Franco Rotelli em 09/01/1987, promovida pela Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo, 1987.

SAMARA, Eni de Mesquita. *A família brasileira*. São Paulo: Brasiliense, 1983. Coleção Tudo é História.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Tradução por Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.

SILVA, Lídia Maria M. R.. *Serviço Social e Família. A legitimação de uma ideologia*. São Paulo: Cortez, 1982.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. *Políticas Públicas de Gênero: impasses e desafios para fortalecer a agenda política na perspectiva da igualdade*. Revista Presença de Mulher. Volume 16, Número 45 (encarte especial teórico), Outubro de 2003.

WHO – World Health Organization. *Women and mental health*. (Fact sheet, 248). Geneva, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en/>> Acesso em: 01/02/2013.

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Coleção Loucura e Civilização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZANELLO, Valeska e BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. In: *Estudos Feministas*, 2011–2012. Disponível em: <<http://www.tanianavarroswain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>> Acesso em: 10/01/2013.

ZANELLO, Valeska e COSTA E SILVA, René Marc. Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural. In: *Revista Biomédica*, Volume 20, Número 2, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776> Acesso em: 10/01/2013.

ZGIET, Jamila. *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação*. 156f. 2010. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.